

Gladys Aracely Enríquez Ortiz.

Protocolo de Atención Educativa Geriátrica

Asesora: M.A. Bertha Melanie Girard Luna



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Guatemala, mayo de 2021

Gladys Aracely Enríquez Ortiz.

Protocolo de Atención Educativa Geriátrica

Asesora: M.A. Bertha Melanie Girard Luna



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Guatemala, mayo 2021

Este informe fue presentado por la autora Gladys Aracely Enríquez Ortiz como trabajo de tesis, previo a optar al grado académico de Maestra en Docencia Universitaria.

Guatemala mayo de 2021

ÍNDICE

Resumen

ABSTRACT

Introducción.....	1
Capítulo I. Generalidades	3
1 Área de investigación: Problemática educativa nacional.....	3
1.1 Línea de investigación: Educación en salud.....	3
1.2 Tema: Protocolo de atención educativa geriátrica.....	3
1.3 Planteamiento del problema.....	3
1.4 Justificación:.....	4
1.5 Delimitación: Alcances y límites.	5
1.6 Objetivos:	5
1.6.1 Objetivo General:.....	5
1.6.2 Objetivos Específicos:.....	5
1.7 Metodología.....	6
1.7.1 Diseño de la Investigación.....	6
Tabla 1	7
Operacionalización de objetivos.....	7
1.7.2 Población y Muestra	8
1.7.3 Instrumentos.....	8
Paso 1: Realiza una prueba del instrumento.....	8
Paso 2: Ejecuta una prueba piloto.....	9
Paso 3: Limpia los datos recopilados	9
Paso 4: Realiza un análisis de componentes	10
Paso 5: Verifica la consistencia de las preguntas	10
Paso 6: Revisar el instrumento la entrevista.	10
Importancia de validar un instrumento de investigación	11
1.7.4 Procedimiento	11
1.7.5 Estrategias de análisis de datos.....	11
Capítulo II. Fundamentación teórica.....	12

2. El Envejecimiento Saludable	12
2.1 Quienes son los adultos mayores	13
2.2 Perspectiva histórica sobre atención a la población anciana en Guatemala ...	14
2.2.1 Programas e instituciones que atienden al Adulto Mayor	15
2.2.1.1 Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente	15
2.2.1.2 Programa Sustantivo Adulto Mayor del Ministerio de Cultura y Deportes del Gobierno de Guatemala	16
2.2.1.3 Defensoría de las personas Mayores	17
2.3 Tercera edad	18
2.3.1 Clasificación por edad, salud y bienestar	18
2.3.2 Aspectos relevantes del envejecimiento	18
2.3.2.1 Cambios biológicos	18
2.3.2.2 Aspectos psicosociales	19
2.4 Tipos de envejecimiento	21
2.4.1 Envejecimiento Normal o Envejecimiento Patológico	22
2.4.2 Prevención y Factores De Riesgo	22
2.4.3 Envejecimiento exitoso	23
2.4.4 Envejecimiento Activo	26
2.5 Áreas de especialidad del adulto mayor	27
2.5.1 Gerontología	27
2.5.2. La medicina física y de rehabilitación, fisiatría	28
2.5.2.1 Recuperación funcional	29
2.5.2.3 Pautas a seguir en el tratamiento de rehabilitación física en geriatría	30
2.5.3 Tanatología	31
2.5.3.1 ¿Qué implica una muerte digna?	32
2.5.3.2 Objetivos de la Tanatología	33
2.5.3.3 La tanatología y el dolor	35
2.6 Calidad de vida	36
2.6.1 Calidad de vida del adulto mayor	39
Cuadro 1 “Calidad de Vida”	40
2.7 Modelo de atención del Adulto Mayor	41
2.7.1 Niveles de atención en Geriatría	41
2.7.2 Programas de atención geriátrica	42
2.7.3 otros componentes básicos de la rehabilitación	43

2.7.3.1 Terapia ocupacional en el adulto mayor.....	43
2.7.3.2 Fonoaudiología.....	43
2.7.3.3 Intervención psicológica y social	44
2.7.4 El cuidador de la persona mayor.....	44
2.7.5 Programas educativos gerontológicos	45
Capítulo III. Presentación y Procesamiento de Datos	47
Gráfica No. 1	48
¿Está usted satisfecha (o) con el trabajo que realiza?	48
Gráfica No. 2	49
¿Cómo influye su trabajo en su vida familiar y personal?	49
Gráfica No. 3	50
¿Cuál es el nivel de dolor ante la pérdida de personas adultas mayores familiares y no familiares?	50
Gráfica No. 4	51
Cree usted que los cuidados que brinda a una persona mayor deben ser diferentes si se trata de un familiar o de un paciente que usted atiende, en determinada institución.....	51
Gráfica No. 5	52
¿Considera que el grupo de personas adultas que usted atiende, deben de gozar de mejores privilegios que otros grupos de la sociedad guatemalteca?	52
Gráfica No. 6	53
¿Qué es la muerte?	53
Gráfica No. 7	54
¿Considera usted estar debidamente capacitado para atender a este grupo de personas?	54
Gráfica No. 8	55
¿Cada cuánto tiempo recibe capacitaciones para estar actualizado en técnicas de manejo y tratamiento de las personas mayores?	55
Gráfica No. 9	56
¿Existe algún tema que le gustaría que le reforzaran para mejorar la atención que presta a las personas mayores?	56
Gráfica No. 10	57
¿Si tuviera la oportunidad de elegir; cambiaría su trabajo para realizar otra actividad laboral?	57
Gráfica No. 11	58
Tiene conocimiento en administración de medicamentos	58

Gráfica No.12	59
Los diferentes puestos que se les han asignado a las personas cuidadoras de adultos mayores.....	59
Análisis general.....	60
Capítulo IV.....	61
Conclusiones.....	61
Recomendaciones.....	62
Capítulo V.....	63
Bibliografía.....	66
Bibliografía.....	66
Anexo 1	70
¿En qué consiste el envejecimiento?	86
Apéndice 1	99

Resumen

Esta investigación es una reflexión en cuanto a la necesidad de formar multidisciplinariamente a todas aquellas personas que se dedican a la delicada y compleja tarea de atender a las personas mayores.

Es un estudio que se desarrolló con el fin de establecer procedimientos de tratamiento humanizado, que garantice la atención y protección del adulto mayor, está basado en la revisión y observación de datos obtenidos por personal que labora en instituciones dedicadas a la atención del adulto mayor siendo un total de sesenta instituciones estatales, enfatizando la importancia de la interacción del adulto mayor con su ambiente, siendo de gran importancia no olvidar las alteraciones funcionales y cognitivas de las personas mayores.

Para finalizar se establecen pautas para la evaluación y tratamiento en base a los descubrimientos más recientes, a través de la observación e interacción con las personas mayores que dependen de su cuidado.

PALABRAS CLAVE: *multidisciplinaria, persona mayor, tratamiento humanizado, alteraciones funcionales y cognitivas.*

ABSTRACT

This research is a reflection on the need in a multidisciplinary way to all those people who are dedicated to the delicate and complex task that serve the elderly.

It is a study that was developed in order to establish humanized treatment procedures that guarantee the care and protection of the elderly, is based on the review and observation of data obtained by personnel working in institutions dedicated to the care of the elderly, a total of sixty state institutions, emphasizing the importance of the interaction of the elderly with their environment, being of great importance not to forget the functional and cognitive alterations of the elderly.

Finally, guidelines for evaluation and treatment are established based on the most recent discoveries, through observation and interaction with the elderly who depend on their care.

KEYWORDS: *multidisciplinary, elderly person, humanized treatment, functional and cognitive alterations*

Introducción

El deseo de una atención geriátrica que le permita a la persona una vida digna, autosuficiente, compatible con la capacidad y los intereses individuales de las personas mayores, me llevo a identificar las buenas prácticas educativas gerontológicas en el centro de atención “Mis Años Dorados” y a considerar las necesidades que influyen en el bienestar y malestar de los cuidadores de las personas mayores, lo que permitió elaborar un protocolo educativo de atención geriátrica dirigido a cuidadores de personas mayores, cambiando el enfoque y generando nuevas alternativas en el cuidado que brindan, los cuales deben ser muy diferentes del sistema de custodia, por lo que el objeto de estudio va dirigido al personal que brinda atención a las personas mayores; se trabajó con 60 individuos un representante por cada uno de los centros de atención mis años dorados a nivel nacional, con el fin que cada uno de ellos replique el programa educativo desarrollado.

Este trabajo de investigación está estructurado de la siguiente forma:

Capítulo I. Incluye el plan, la línea de investigación que se está abordando con el trabajo desarrollado, el planteamiento del problema que se aborda, la justificación del por qué debe de ser realizado el trabajo, los alcances y sus correspondientes limitaciones, los objetivos que se pretenden cumplir tanto generales como específicos, así como también la metodología de cómo se llevaron a cabo las diferentes fases del trabajo.

Capítulo II. Este capítulo inicia mencionando la finalidad de enriquecer el análisis de los resultados obtenidos en la recolección de datos, se realizó una revisión teórica conceptual sobre la etapa de vida del adulto mayor y subtemas relacionados con los cuidadores y programas de atención para esta población. Se habló sobre lo que es la metodología de la investigación que es la base que servirá como referencia para poder determinar los resultados de campo. Se habla sobre el diagnóstico

pedagógico como la herramienta que servirá para poder saber en un momento dado el trato que se le ha dado al adulto mayor; con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona mayor medidas. Finalmente, en este capítulo se habla sobre los métodos y procedimientos estadísticos, el análisis e interpretación de los datos obtenidos que servirán para poder determinar e interpretar los resultados finales del estudio.

Capítulo III. este capítulo muestra los resultados del trabajo de campo realizado. Se explica el procedimiento que se siguió, así como la presentación de las diferentes gráficas en donde se demuestran los aspectos que permiten comprobar los objetivos planteados de la investigación.

Capítulo IV. Este capítulo contiene las conclusiones del estudio realizado en las instituciones públicas a nivel nacional centro de atención de la persona mayor “Mis Años Dorados”.

Capítulo V. Como parte de todo estudio siempre habrá aspectos que mejorar. Estos se muestran en este capítulo en forma de recomendaciones. Se espera que las mismas puedan ser atendidas posteriormente, una vez presentados los resultados, para lo que se elaboró un Protocolo **de Atención Educativa Geriátrica**.

Capítulo I. Generalidades

1 Área de investigación: Problemática educativa nacional.

1.2 Línea de investigación: Educación en salud.

1.2 Tema: Protocolo de atención educativa geriátrica.

1.3 Planteamiento del problema

El ambiente o el medio son factores que intervienen en la vida diaria del individuo, el ambiente social y físico influye profundamente en el comportamiento e imagen del ser humano, de este contexto surge el comportamiento social.

Un ambiente hostil produce un conjunto opuesto de comportamientos lo que producen que los intereses se limiten o se anulen, lo que hace que la persona responda con cólera o retraimiento como también puede darse la resignación pasiva ante pérdidas de las funciones corporales. Los adultos mayores no escapan a esta realidad, principalmente en instituciones donde brindan atención y cuidados, que en su mayoría se ocupan únicamente del cuidado de custodia, de la atención básica al mantenimiento y no a la estimulación.

En las instituciones de cuidado al adulto mayor, generalmente el anciano no dispone de oportunidades para la participación, la acción y la autosuficiencia, todo esto contribuye al debilitamiento del deseo de vivir.

Si se desea una atención geriátrica que le permita a la persona una vida digna, autosuficiente, compatible con la capacidad y los intereses individuales es necesario cambiar el enfoque y generar nuevas alternativas en el cuidado que se le brindan, las cuales deben ser muy diferentes al sistema de custodia; este tipo de atención muestra únicamente la insensibilidad del personal, o el desinterés del administrador de la institución del anciano institucionalizado.

Es necesario dar un enfoque diferente en este tipo de atención, que promueva un trato digno y que permita la realización profesional del personal a cargo del cuidado de esta población, que se encuentran institucionalizados.

La terapia ambiental modifica la calidad del ambiente mediante actividades y relaciones interpersonales, de un estilo de vida que lleve expectativas normales de comportamiento, es necesario que exista un cambio en la atención del paciente geriátrico el cual debe pasar de tratamiento de custodia a una terapia ambiental. Por lo anterior plantea la interrogante: **¿Cómo realizar la atención geriátrica con fines educativos?**

1.4 Justificación:

El ser humano al llegar a la tercera edad o estado geriátrico se ve ante la necesidad de ser atendido por otras personas. Se elaboró la presente investigación, en la que se conoció la calidad de atención que los cuidadores le brindan a las personas mayores. La importancia de esta investigación radica en la necesidad detectada y expresada por los mismos cuidadores de falta de conocimientos técnicos y humanos para que el servicio que presta sea de calidad, que refleje el valor que la sociedad guatemalteca le da a la persona mayor, basada en los resultados obtenidos se elaboró un protocolo de atención geriátrica que sirva como aporte para la capacitación o preparación del personal de las instituciones que brindan atención al adulto mayor.

1.5 Delimitación: Alcances y límites.

1.5.1 Ámbito Geográfico: Programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” contando con los 60 centros, en diferentes lugares de la república de Guatemala.

1.5.2 Ámbito Institucional: Centro de atención a la persona mayor “Quietud en mi Tormenta” en el departamento de Chimaltenango.

1.5.3 Ámbito Personal: Dirigido al personal que brinda atención a las personas mayores, 60 individuos un representante por cada centro de atención de “Mis Años Dorados”

1.5 Ámbito Temporal: El estudio se realizó de febrero a octubre del 2017.

1.6 Objetivos:

1.6.1 Objetivo General:

Fortalecer la formación del personal cuidador de la persona mayor del centro de atención “Mis Años Dorados”, para alcanzar una calidad de atención psicobiosocial, en el servicio que presta el centro.

1.6.2 Objetivos Específicos:

Identificar buenas prácticas educativas gerontológicas en el centro de atención “Mis años Dorados”.

Considerar las necesidades que influyen en el bienestar y malestar de los cuidadores de las personas mayores.

Desarrollar un protocolo educativo de atención geriátrica dirigido a cuidadores de la persona mayor.

1.7 Metodología

El enfoque de investigación es mixto se utilizaron diferentes premisas: la atención que se brinda, la educación a los cuidadores para mejorar la calidad de atención y implementación del protocolo educativo de atención geriátrica que se. Se utilizaron estrategias generales de los enfoques cualitativos y cuantitativos. Desde el punto de vista cuantitativo el resultado de los datos obtenidos implica una visión de la realidad social, se analizaron y se observaron los fenómenos observados que son susceptibles de medición, análisis matemático, y adopta la generalización para la explicación de los fenómenos estudiados que en este caso fue la atención que se brinda. El enfoque cualitativo: se caracteriza por estudiar una situación concreta que consiste en la calidad de atención que se brinda a las personas mayores. Se trata de una investigación no experimental.

1.7.1 Diseño de la Investigación

El diseño es transeccional descriptivo tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en lo que se manifiestan una o más variables dentro del enfoque mixto (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 273). La atención que se brinda, la necesidad de educación a los cuidadores.

La presente investigación está basada en objetivos y no en hipótesis.

Tabla 1

Operacionalización de objetivos

Objetivos	Definición conceptual Categorías	Definición operacional categorías	Técnicas e instrumentos
<p>Identificar buenas prácticas educativas gerontológicas en el centro de atención “Mis años Dorados”.</p> <p>Considerar las necesidades que influyen en el bienestar y malestar de los cuidadores de las personas mayores.</p>	<p>Bienestar Psicológico: (Ryff, 1995) define el bienestar psicológico como: “(...) una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido, dando importancia a los contenidos históricos y presentes de la propia vida y los procesos implicados en vivir bien” (p.1079)</p> <p>Cuidador de la persona adulta.</p> <p>Género: Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.</p>	<p>La muestra es intencional y estuvo conformada por el personal que brinda atención a las personas mayores, 60 individuos un representante por cada centro de atención de los centros “Mis Años Dorados”. que cumpla con los criterios de inclusión para dar a conocer el nivel psicoeducativo de los cuidadores de personas mayores, la satisfacción de realizar su trabajo, esto se determina por medio de una entrevista de carácter mixto el cual cuenta con para medir las siguientes dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida</p>	<p>Técnicas: Entrevista dirigida. Observación no estructurada. Instrumento: Un cuestionario mixto de 15 preguntas. Se elaboró una entrevista estructurada, elaborada con 15 interrogantes con modalidad de respuesta mixta. Todos los datos se obtuvieron en una única sesión de 30 minutos.</p>
<p>Desarrollar un protocolo educativo de atención geriátrica dirigido a cuidadores de la persona mayor.</p>	<p>Creación, desarrollo y fundamentación teórica para la creación del Protocolo educativo de atención geriátrica.</p>	<p>El análisis de la información obtenida forma parte importante para el desarrollo del Protocolo educativo de atención geriátrica.</p>	<p>Protocolo de atención educativa geriátrica</p>

Fuente: (Enriquez Ortiz, 2021).

1.7.2 Población y Muestra

La población son todos los trabajadores a nivel nacional de los centros de atención a las personas mayores “Mis Años Dorados”. 655 trabajadores.

La muestra 60 individuos trabajadores a nivel nacional de los centros de atención a las personas mayores “Mis Años Dorados”. La selección de la muestra se llevo a cabo en forma no aleatoria por conveniencia, ya que se solicitó la presencia de un trabajador que preste atención directa a la persona mayor por cada centro “Mis Años Dorados” a nivel nacional, esta actividad se realizó en el año 2017, siendo una muestra intencional y estuvo conformada por 60 individuos a quienes se les aplicó un muestreo por conveniencia, por lo que se trata de una muestra no probabilística o dirigida, sus resultados no pueden generalizarse a otros ámbito con las mismas características del estudio.

1.7.3 Instrumentos

Se elaboró una entrevista estructurada, elaborada con 15 interrogantes con modalidad de respuesta mixta. Todos los datos se obtuvieron en una única sesión de 30 minutos, el instrumento se realizado con apoyo de un equipo multidisciplinario, Psicólogas, un doctor geriátrico y un ingeniero en sistemas, la prueba piloto se realizó en 6 centros de atención para el adulto mayor a nivel nacional, son centros privados se aplicaron 30 encuestas.

Para realizar la validación de este instrumento se cumplió con estos 6 pasos para validar un instrumento de investigación (Supo, 2013).

Paso 1: Realiza una prueba del instrumento

El primero de los pasos para validar un instrumento de investigación se encuentra dividido en dos partes. La primera consiste en ofrecer una encuesta a un grupo

familiarizado con el tema de investigación para que evalúen si las preguntas lo capturan con éxito.

La segunda revisión debe provenir de alguien que sea un experto en la construcción de preguntas, asegurando que tu encuesta no contenga errores comunes, como preguntas confusas o ambiguas.

Paso 2: Ejecuta una prueba piloto

Otro de los pasos para validar un instrumento de investigación consiste en seleccionar un subconjunto de los participantes de la encuesta y ejecuta una encuesta piloto. El tamaño de la muestra sugerido varía, aunque alrededor del 10 por ciento de tu población total es un número sólido de participantes. Cuantos más participantes puedas reunir, mejor, aunque incluso una muestra más pequeña puede ayudarte a eliminar preguntas irrelevantes.

Paso 3: Limpia los datos recopilados

Después de realizar el proceso de recolección de datos, puedes exportar los datos en bruto para curarlos. Esto reduce en gran medida el riesgo de error. Una vez que se ingresan, el próximo paso es revertir el código de las preguntas formuladas negativamente.

Si los entrevistados han respondido cuidadosamente, sus respuestas a las preguntas que se expresaron negativamente deben ser consistentes con sus respuestas a preguntas similares que se expresaron positivamente. Si ese no es el caso, puedes pensar en eliminar esa entrevista.

Verifica también los valores mínimos y máximos para tu conjunto de datos general. Por ejemplo, si has utilizado una escala de cinco puntos y ves una respuesta que indica el número seis, es posible que tengas un error con la entrada de datos.

Paso 4: Realiza un análisis de componentes

Otro de los pasos para validar un instrumento de investigación consiste en realizar un análisis de componentes.

El objetivo de esta etapa es determinar qué representan los elementos al buscar tendencias en las preguntas. Puedes combinar las preguntas que se cargan en los mismos elementos comparándolos durante su análisis final.

El número de temas de elementos que puede identificar indica el número de elementos que está midiendo tu encuesta.

Paso 5: Verifica la consistencia de las preguntas

El próximo paso para validar un instrumento de investigación es revisar la consistencia de las preguntas que se cargan en los mismos elementos.

Verificar la correlación entre las preguntas mide la confiabilidad de las preguntas al garantizar que las respuestas de la encuesta sean consistentes.

Paso 6: Revisar el instrumento la entrevista.

El último de los pasos para validar un instrumento de investigación es la revisión final de la encuesta con base en la información que obtenida del análisis de datos.

Si te encuentras con una pregunta que no se relaciona con los elementos de tu encuesta, debes eliminarla. Si es importante, puedes conservarla y analizarla por separado.

Si solo se realizaste cambios menores en la encuesta, es probable que estés listo para aplicarla después de las revisiones finales. Pero si los cambios son importantes probablemente se necesite otra encuesta piloto y otro proceso de evaluación.

Importancia de validar un instrumento de investigación

Llevar a cabo estos pasos para validar un instrumento de investigación es esencial para garantizar que la encuesta sea verdaderamente confiable.

Realizar estos pasos para validar un instrumento de investigación no solo fortalece su confiabilidad, sino que también agrega un título de calidad y profesionalismo la creación del producto del **Protocolo de Atención Educativa Geriátrica**

1.7.4 Procedimiento

A continuación, se describen las etapas del proceso de investigación.

- a) Presentación y a probación de tema
- b) Solicitud y aprobación para la realización del estudio
- c) Elaboración del diseño de investigación
- d) Elaboración y aprobación por parte del docente de curso, del instrumento de recolección de datos.
- e) Se recolectaron los Datos durante en el segundo semestre del 2017.
- f) Procesamiento de datos y presentación en gráficas
- g) Las conclusiones se fundamentaron en los resultados obtenidos
- h) Elaboración de conclusiones y preparación de propuesta
- i) Redacción del informe final.

1.7.5 Estrategias de análisis de datos

Los datos recolectados se procesaron a través de una base de datos excel y se utilizó estadística descriptiva. Los resultados se presentan en gráficas de barras y distribución porcentual.

Capítulo II. Fundamentación teórica

Con la finalidad de enriquecer el análisis de los resultados obtenidos en la recolección de datos, se realizó una revisión teórica conceptual sobre la etapa de vida del adulto mayor y subtemas relacionados con los cuidadores y programas de atención para esta población.

2. El Envejecimiento Saludable

De acuerdo con la CEPAL “El envejecimiento está ocurriendo a una velocidad mayor que la experimentada históricamente por los países desarrollados. La población adulta mayor crecerá a un ritmo de 3,5 % en el período 2020-2025, tres veces más rápidamente que el índice de crecimiento de la población total. Los mayores incrementos se darán en países que no muestran en la actualidad los mayores porcentajes de personas mayores de 60 años, como es el caso de Brasil, México y República Dominicana, pero en países como Honduras y Paraguay esta población crecerá incluso a tasas superiores a 4% entre 2000 y 2025” (Guzmán, 2002).

Por otra parte la Organización Panamericana plantea que:

“los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen

fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona” (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

Este mismo informe de la Organización Mundial de la salud se refiere a la situación biológica y refiere que “más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas” (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

2.1 Quienes son los adultos mayores

Según el informe de la CEPAL “Un rasgo distintivo del proceso de envejecimiento es el predominio femenino. Debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres, se produce un aumento muy pronunciado de su proporción en las edades más avanzadas. Los índices de masculinidad a nivel regional, presentan para el año 2000 un promedio de 86 hombres por cada 100 mujeres de 60 a 74 años, cifra que desciende a 70 hombres por cada cien mujeres en el grupo de 75 años y más” (Guzmán, 2002).

Por otra parte, el mismo informe, se refiere a las condiciones de vida de las personas mayores e indica que de acuerdo a la información de los censos de varios países latinoamericanos:

Aproximadamente el 40% de las mujeres adultas mayores se encuentra en la categoría de viudas, mientras que poco más del 70% de los hombres está en algún tipo de unión conyugal. La predominancia de la viudez entre las mujeres obedece no sólo a su mayor longevidad, sino a las pautas sociales y culturales prevaletentes en nuestra sociedad, que llevan a los hombres a unirse con mujeres más jóvenes y a mayores oportunidades de establecer una nueva unión después de la viudez o separación. Las pérdidas afectivas propias de la vejez se traducen generalmente en estados de ansiedad y depresión, en especial entre su trabajo. En las áreas urbanas, esta proporción puede incluso superar el 50 % en al menos cinco de los países para los cuales se dispone de datos. Es en estos grupos donde los adultos mayores pueden ser más vulnerables, ya que carecen de autonomía económica, lo que hace que su situación pueda volverse muy precaria. Ibid (pág.36).

2.2 Perspectiva histórica sobre atención a la población anciana en Guatemala

En Guatemala existen tres leyes que amparan a los adultos mayores. La Constitución de la República, en el artículo 51, establece la protección a los menores y ancianos. "...les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social".

Por otra parte la Ley de protección para las personas de la tercera edad: Decreto número 86-96 del Congreso de la República y sus reformas: Decretos número 2-97 y 51-98. En el CAPITULO I Disposiciones Fundamentales establece: "ARTICULO 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto y finalidad tutelar los intereses de las personas de la tercera edad, que el Estado garantice y promueva el derecho de los ancianos a un nivel de vida adecuado en condiciones que les ofrezcan educación, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica y

gerontológica integral, recreación y esparcimiento, y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y digna” (Decreto 86-96).

Así mismo establece que “se define como de la tercera edad o anciano, a toda persona de cualquier sexo, religión, raza o color que tenga 60 años o más de edad. Se consideran ancianos en condiciones de vulnerabilidad aquellos que careciendo de protección adecuada, sufran o estén expuestos a sufrir desviaciones o trastornos en su estado físico o mental y los que se encuentren en situación de riesgo. (Decreto 86-96).

Este mismo Decreto en el CAPITULO V. Órganos de Aplicación y Vigilancia, crea las instancias de protección a la vez “ARTICULO 32.* Se crea el Comité Nacional de Protección a la Vejez, que se podrá abreviar CONAPROV; estará adscrito en todas sus funciones a la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente – SOSEP- o a la entidad que la sustituya”. La secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente y el CONAPROV estarán encargados de promover, impulsar, coordinar, realizar y orientar programas y acciones relativas al bienestar y seguridad de las personas de edad avanzada por medio del Programa Nacional de la Ancianidad.

2.2.1 Programas e instituciones que atienden al Adulto Mayor

El Estado de Guatemala cuenta con diversas instituciones que desarrollan programas

específicos de atención al adulto mayor

2.2.1.1 Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente

El programa “Mis años Dorados” fue creado por la Secretaria de Bienestar Social de la Esposa del Presidente SOSEP, con la finalidad de prestar servicios de atención integral a las personas mayores de 60 años en condición de pobreza y extrema pobreza; con la finalidad de respetar y promover sus derechos humanos, facilitándoles servicios de atención para mejorar sus condiciones y calidad de vida.

Cuenta con: **61 centros a nivel nacional en 18 departamentos y 55 municipios.**

El programa brinda atención integral a los adultos mayores en los siguientes componentes:

- **Alimentación:** En todos los centros de atención se les brinda alimentación gratuita a cada uno de los beneficiarios, proporcionándoles 3 raciones diarias (2 refacciones y almuerzo).
- **Terapia Física:** Se realizan actividades personalizadas a cargo de fisioterapeutas, con el objetivo de fortalecer la salud física de los beneficiarios.
- **Atención primaria en salud:** A través de coordinaciones a nivel local, se ha logrado la salud de los beneficiarios a través de: jornadas médicas, atención odontológica, evaluaciones oftalmológicas, toma diaria de signos vitales, control de medicamentos y curaciones menores.
- **Apoyo Psicológico:** Se han desarrollado actividades de evaluación psicológica y de diagnóstico para luego realizar terapias en búsqueda de una adecuada salud mental.
- **Terapia Ocupacional:** Se han llevado a cabo actividades productivas tales como la elaboración de huertos y artesanías, entre otros.

La Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente trabaja en coordinación con otras entidades de gobierno como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MINTRAB), Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), Ministerio de Cultura y Deportes (MCD), Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y la Municipalidad de Guatemala, entre otras, con el objetivo de proveer la atención y recursos necesarios para cada centro.

2.2.1.2 Programa Sustantivo Adulto Mayor del Ministerio de Cultura y Deportes del Gobierno de Guatemala

Promueve la práctica deportiva como medio para el mejoramiento y la conservación de la salud y poder lograr así una edad acumulada con mejor calidad de vida.

Está dirigido a toda la población de la tercera edad, sin distinción de género o capacidades.

Entre las actividades que realiza están:

- Actividades físico-recreativas
- Actividades culturales-recreativas

2.2.1.3 Defensoría de las personas Mayores

De acuerdo con el Informe del Procurador de Derechos Humanos de 2016, la Defensoría de las Personas Mayores tiene por objeto promover y tutelar el reconocimiento y el respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas adultas mayores, apoyando la construcción de una sociedad más justa, humana y solidaria. Sus funciones específicas son las siguientes:

1. Sensibilizar a los funcionarios públicos y a la sociedad en general para lograr el respeto de las personas mayores.
2. Propiciar espacios de coordinación y enlace entre instituciones del Estado y de la sociedad civil, para la defensa, promoción y concientización de los derechos humanos de las personas adultas mayores guatemaltecas.
3. Fortalecer y promover los movimientos asociativos de personas adultas mayores, promoviendo una participación activa dentro de la sociedad guatemalteca.
4. Monitorear permanentemente a los hogares de personas mayores, tanto del sector público como privados y dar seguimiento a sus recomendaciones.
5. Atender y dar continuidad al Voluntariado de personas mayores (PDH, 2016).

2.3 Tercera edad

Una de las etapas de la vida del ser humano es la vejez, la cual comprende a partir de los 60 años hasta el fallecimiento, en esta etapa las personas experimentan cambios físicos psicológicos y emocionales, que pueden manifestarse en la disminución de la fuerza física, baja de la actividad intelectual, pérdida del interés y del sentido de vida, lo que provoca modificación del carácter.

2.3.1 Clasificación por edad, salud y bienestar

- Anciano-joven: 60-75 años. Adultos mayores sanos, vigorosos y bien integrados socialmente (familia, barrio).
- Anciano-anciano: > 75 años. Adultos mayores con algunos déficits físicos, cognitivos y sociales.
- Anciano-muy anciano: > 85 años. Adultos muy mayores que dependen de otros para casi todo (estancias geriátricas u hospitalarias).

2.3.2 Aspectos relevantes del envejecimiento

En relación al ámbito biológico en la etapa del desarrollo del adulto mayor es importante mencionar que se presentan cambios fisiológicos drásticos, en esta etapa pueden presentarse enfermedades de curso crónico que deben ser abordados de forma integral.

2.3.2.1 Cambios biológicos

El envejecimiento es un “proceso dinámico, gradual, natural e inevitable en el que se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por éste... Si bien todos los fenómenos del envejecimiento acontecen en todas las personas, no se envejece de igual manera, ni tampoco cada parte del organismo envejece al mismo tiempo” (Viguera, 2001).

El envejecimiento es un proceso universal con cambios fisiológicos relacionados con la edad, se presentan signos y síntomas de enfermedades. El Instituto Nacional de Personas de la Tercera Edad de México indica que en esta etapa de la vida:

La diversidad de enfermedades propias de la vejez ofrece muchos problemas de diagnóstico y tratamiento, particularmente cuando se plantea la necesidad de diversos abordajes terapéuticos, los cuales están asociados con múltiples posibilidades farmacológicas. Los órganos están formados por una variedad de tejidos y estos por una variedad de células y elementos extra-celulares; cada uno de estos órganos envejece a su propia velocidad, el grado de deterioro varía de acuerdo con el tipo celular.

Con la edad suelen presentarse cambios en el patrón de la marcha, tales como inestabilidad, ensanchamiento de la base de apoyo, paso lento, postura encorvada, disminución de la movilidad de los brazos. Esto puede ocasionar caídas con graves consecuencias en las personas adultas mayores. La disminución de la masa corporal magra (sarcopenia) lleva a la pérdida de la fuerza muscular constituyendo una muestra inequívoca de envejecimiento, paralelo a esto se observa aumento en la distribución de la grasa, descenso del contenido de agua, disminución de células y reducción mineral del hueso INAPAM (2005).

2.3.2.2 Aspectos psicosociales

Según el Instituto Nacional de las personas adultas mayores “la manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varias causas, están involucrados factores sociales, psicológicos, ecológicos y biológicos. Se debe entender a la persona adulta mayor en el marco de un contexto sociocultural, antropológico, familiar, económico y jurídico en un momento histórico determinado y con una historia de vida personal” (INAPAM, 2005).

Esta situación se aprecia con mucha claridad en Guatemala puesto que los pueblos indígenas en su diversidad cultural, dan un trato muy especial a sus adultos mayores, quienes son valorados y estimados sobremanera. Sin embargo esta no es una conducta generalizada dentro de la sociedad guatemalteca no indígena, en donde se observa una conducta totalmente contraria, lo que da lugar al abandono de los adultos mayores, quienes se ven obligados a mendigar en las calles o bien son internados permanentemente en centros de atención del adulto mayor del Estado.

En este mismo sentido, este Instituto expone que “cada individuo envejece de diferente manera, siendo el envejecimiento un proceso evolutivo y gradual, sin una causalidad única, que no es una enfermedad ni un error evolutivo, es un proceso multidimensional. Cuando las personas envejecen se retiran del mercado de trabajo, porque así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus puestos a los más jóvenes y por la discriminación en las contrataciones, negándoles oportunidades de trabajo, de ahí que la jubilación signifique una pérdida de identidad social” (INAPAM, 2005).

El ser humano es un sistema abierto en interacción constante con su entorno. Por tanto, a pesar de algunas constantes, las consecuencias del envejecimiento serán diferentes de un individuo a otro en función de su herencia, de su historia personal, de su contexto de vida. Es importante tener en cuenta que es un ser psicobiosocial y que las consecuencias del envejecimiento deben ser abordadas en todas esas dimensiones que interfieren entre sí, entre algunas de las modificaciones biológicas ligadas a la senescencia se contemplan las descritas a continuación.

2.4 Tipos de envejecimiento

En la atención del adulto mayor las personas responsables de su cuidado deben poseer conocimiento sobre el proceso de envejecimiento para comprender las necesidades que se presentan en esta etapa de la vida y brindar un trato digno y con calidad a la población que atienden en los centros “Mis años Dorados”. El Envejecimiento es “el proceso de cambios morfo funcionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o la referida a los cambios patológicos, propios de cada individuo y relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación al desarrollo de procesos morbosos” (Millán J. , 2011).

En diversos textos sobre la tercera edad se reconocen dos tipos de envejecimiento que hacen referencia al envejecimiento biológico y al envejecimiento provocado por aspectos puramente externos y de contexto, se conocen como:

a) Envejecimiento Primario

Cambios universales e irreversibles que ocurren como resultado de nuestra programación genética y por el paso del tiempo (Hansen, 2003).

b) Envejecimiento Secundario

Cambios provocados por enfermedades y hábitos de salud, y que pueden ser evitables (Hansen, 2003).

Desde la comprensión de esta tipología de envejecimiento, se considera prioritario formar y capacitar al recurso humano que trabaja como cuidadores en los centros de atención del adulto mayor “Mis años Dorados”.

2.4.1 Envejecimiento Normal o Envejecimiento Patológico

El desarrollo humano es un proceso que se realiza con base a una carga genética establecida en el ADN de cada individuo, sin embargo es de relevancia tomar en consideración los factores de prevención y de riesgo que participan en dicho proceso, puesto que de ellos depende en gran medida la calidad de vida del adulto mayor, sobre todo si presenta enfermedades crónicas que comprometan su funcionamiento.

2.4.2 Prevención y Factores De Riesgo

La vivencia de un envejecimiento normal o patológico, está dada en relación a la existencia de mecanismos psíquicos que se ponen en juego en este proceso, es decir, la construcción que se hace de la identidad misma, de la significación que se hace en relación a la fragmentación del Yo, situado inicialmente en el cuerpo, al mirarlo en el otro; ese otro reflejo de la propia vejez anticipada: en el que se construye un proyecto de vejez o se cae en la angustia al vivirlo y experimentarlo como amenaza. (Zarebski, 2005).

Se puede decir que el envejecimiento como un proceso natural conlleva cambios no sólo de orden biológico sino psicológico y emocional, situación que debe ser atendida de forma integral en cada una de sus etapas, sobre todo en los centros de atención del adulto mayor por las diversas circunstancias de vida en las que se encuentra esta población, que en su mayoría son personas que han sido abandonados por sus familiares y presentan complicaciones de salud que requiere un tratamiento de abordaje interdisciplinario.

2.4.3 Envejecimiento exitoso

Existe una serie de teorías descriptivas del proceso de envejecimiento que hacen referencia más a la pérdida de las capacidades, sin embargo Havighurst, Neugarten y Tobin (1964) citado por (Izquierdo, 2005) afirman que el envejecimiento óptimo va unido a un estilo de vida activo continuado. “Las personas mayores deben prolongar todo lo posible sus actividades acostumbradas y buscar nuevas alternativas para aquellas otras que deban interrumpir por mandato de la edad” (Izquierdo, 2005).

El postulado básico de la teoría del envejecimiento óptimo es: “la madurez y la vejez llevan psicosocialmente a una lenta retirada de la persona mayor. El motor de esa retirada puede ser la propia persona, pero también su entorno. La retirada no necesita ser uniforme y paralela en todos los entornos. El posible desequilibrio puede salvarse por un nuevo cambio en las relaciones y en el entorno. Con frecuencia, la sociedad valora positivamente este proceso, considerándolo como un hecho biológico natural, por ejemplo, cuando las personas mayores deben ceder su puesto de trabajo a los jóvenes” (Izquierdo, 2005).

Asimismo, este autor plantea que vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla, según las nuevas exigencias de la edad. Rige para ello el principio de que las capacidades descienden, por lo regular, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que

pueden ser movilizados. Existen para ello estrategias, ejercicios y aprendizajes muy valiosos, eso sí, siempre sometidos a las limitaciones de la edad (Izquierdo, 2005).

Es evidente que para la movilización de los recursos con los que cuentan las personas de la tercera edad, requieren de apoyo familiar y comunitario en primer orden, sin embargo en el caso de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados es indispensable contar con apoyo multidisciplinario y en cuanto a los cuidadores, éste debe ser un recurso humano formado y capacitado específicamente en programas de educación geriátrica, con la finalidad de proveer un servicio digno y de calidad acorde a sus necesidades tanto de orden biológico y fisiológico propias de su edad, así como en el área emocional y psicológica.

En este sentido, Peck (1959, 1968), citado por (Izquierdo, 2005) establece cuatro etapas para la adultez y tres para la senectud. Al explicar los retos especiales de la vida adulta, Peck propone cuatro problemas o conflictos del desarrollo adulto:

- Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física. A medida que empiezan a deteriorarse la resistencia y la salud, las personas deben canalizar gran parte de su energía de las actividades físicas hacia las mentales.
- Socialización frente a sexualización en las relaciones humanas. Es otro ajuste impuesto por las restricciones sociales y por los cambios biológicos. Los cambios físicos pueden obligar a redefinir las relaciones con miembros de ambos sexos, a dar prioridad a la camaradería sobre la intimidad sexual o la competitividad.
- Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo. La flexibilidad emotiva es el origen de varios ajustes que se hacen en la madurez, cuando las familias se separan, cuando los amigos se marchan y los antiguos intereses dejan de ser el centro de la vida.
- Flexibilidad frente a rigidez mental. El individuo debe luchar contra la tendencia a obstinarse en sus hábitos o a desconfiar demasiado de las nuevas ideas. La rigidez mental es la tendencia a dejarse dominar por las experiencias y los juicios anteriores, a decidir, por ejemplo, que "Toda mi

vida he rechazado la política, de modo que no veo por qué deba cambiar de opinión ahora" (Izquierdo, 2005).

Tal como puede apreciarse, para que el adulto mayor confronte este tipo de conflicto cognitivo requiere de apoyo y acompañamiento, esto implica necesariamente la existencia de programas educativos que desarrollen estrategias y técnicas tanto del campo de la psicología y la andrología en el abordaje del deterioro que presentan los adultos mayores a lo largo del proceso de envejecimiento y particularmente durante su estancia en los centros de atención y cuidado del adulto mayor. Peck, fija tres tareas principales para el envejecimiento:

— 1) Transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo. Teniendo en cuenta el más que previsible riesgo de enfermar a esta edad y la disminución del rendimiento físico, es obligado "transcender" los problemas físico-corporales, es decir, centrar las metas vitales en el rendimiento mental y espiritual, y en las relaciones sociales.

— 2) Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo. Al llegar la jubilación y abandono del puesto de trabajo, la persona mayor debe valorarse a sí misma, a través de actividades independientes de su anterior vida laboral y de las características positivas adquiridas en su personalidad.

— 3) Transcendencia del ego frente a preocupación por el ego. El temor a la propia muerte debe verse sobrepasado por las aportaciones personales a cualquier nivel: aportaciones por medio de los hijos y del legado material o cultural para las futuras generaciones (Ibid.Pág.604).

En este mismo orden de ideas Erikson plantea que: el problema fundamental que se encara en la adultez es el de la generatividad frente al estancamiento. Respecto a la generatividad, Erikson afirma que existen tres dominios de funcionamiento:

“el procreativo, que consiste en dar y en responder a las necesidades de la siguiente generación, el productivo, que consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a la siguiente generación, el creativo, que consiste en hacer aportaciones a la sociedad en gran escala. La alternativa de ambos sexos es el estancamiento y el sentido de ensimismamiento y de tedio”.

2.4.4 Envejecimiento Activo

Desde la perspectiva del envejecimiento activo surge la pedagogía gerontológica que implica la creación de programas educativos diseñados específicamente para el adulto mayor y parte de los pilares de la educación de

2.4.4.1 Educación y pedagogía gerontológica

La educación y pedagogía gerontológica parte de la premisa de aprendizaje a lo largo de la vida, y siempre con la meta puesta en propiciar las mejores condiciones personales y sociales para el envejecimiento activo. Según Bernejo García. L, la pedagogía que se aplique con los adultos más mayores debe ser:

1. Una Pedagogía para la vida. Que propicia una actitud pro-activa ante la vida, que motiva a la participación, al ejercicio de los derechos ciudadanos y a la asunción de responsabilidades (envejecimiento activo).
2. Una Pedagogía activa que utiliza y promueve el diálogo y la pluralidad. Que parte de los conocimientos y experiencias de las personas y valora la pluralidad. Que busca mejorar la capacidad de

escucha, de dialogo. Que descubre matices en la realidad, que respeta las discrepancias y busca aprender de ellas.

3. Una Pedagogía empoderadora. Que aporta criterios y herramientas para que cada persona pueda mantener las riendas de su vida. Que potencia la autonomía de las personas al ayudarlas a mejorar su capacidad de decisión y de acción. Esta Pedagogía debe buscar no sólo que los mayores sepan más (que sería el objeto de programas de instrucción y no de educación), sino también que sepan hacer y que quieran hacerlo (Bermejo García, 2010).

2.5 Áreas de especialidad del adulto mayor

El desarrollo del ser humano en la etapa del envejecimiento es objeto de estudio por diversas Ciencias que aportan a la comprensión de las necesidades que presentan los adultos mayores, entre las que se encuentran:

2.5.1 Gerontología

Dentro de las diversas especialidades médicas y psicológicas de atención al adulto mayor, se encuentra la gerontología que etimológicamente “procede del término griego geron, gerontos/es o “los más viejos” o “los más notables” del pueblo griego; éste término se une el término logos, “logia o tratado”, grupo de conocedores. Por ello, la gerontología se define como “ciencia que trata de la vejez”, y así también se la encuentra en el diccionario de la Real Academia Española” (Martínez, 2014).

La gerontología se divide en las siguientes áreas:

Gerontología biológica o experimental: Es una ciencia multidisciplinar que pretende conocer tanto los íntimos mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia. Su desarrollo como ciencia pasó por des fases: la primera meramente empírica y especulativa, sacaba conclusiones

deductivas y la segunda, es experimental, ligada a la demostración de sus teorías.

Gerontología clínica o geriatría: Ciencia médica cuyo fin es la prevención, diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su casa o institución.

Gerontología social: Es la que comúnmente se conoce como Gerontología. En ella intervienen las siguientes profesiones: trabajadores sociales, economistas, abogados, arquitectos, políticos, entre otros.

Gerontopsiquiatría: Estudia los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano. Se destacan las demencias y las depresiones como las patologías características. Trata además de comprender, describir, explicar, modificar las actitudes del sujeto que envejece (Martínez, 2014).

Se observa que es la Gerontología la ciencia que aporta a la comprensión de las necesidades de los adultos mayores y que favorece el trabajo multidisciplinario de diversas especialidades que contribuyen de forma directa para brindar un trato digno y de calidad. Desde esta perspectiva el trabajo que realizan los profesionales y técnicos de diversas especialidades que laboran en los centros de atención del adulto mayor “Mis años dorados” se considera de gran impacto en la vida de las personas que están bajo su cuidado.

2.5.2. La medicina física y de rehabilitación, fisiatría

Es la rama de la medicina que:

1. Contribuye a la prevención de la discapacidad física, sensorial y mental.
2. Detecta precozmente, evalúa y diagnostica, en forma integral, los procesos discapacitantes de todo tipo.
3. Prescribe, dirige, supervisa y evalúa los programas y procedimientos adecuados para adaptar o readaptar a la persona con discapacidad, por medio de la restauración o el restablecimiento del movimiento, de las funciones de comunicación humana y de la eficiencia psicológica, social y vocacional, haciendo uso de recursos médicos, familia y comunidad.
4. Investiga las causas y mecanismos de la discapacidad en todas sus formas, las respuestas de los tejidos, órganos y sistemas a las acciones terapéuticas y las repercusiones sociales de la discapacidad (OPS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, 2002).

2.5.2.1 Recuperación funcional

Entre los objetivos de la rehabilitación en el adulto mayor se encuentran:

“Readaptación desde el punto de vista psicológico, social y biológico.

Resocialización para que se mantenga activo en su medio habitual.

Reincorporación a la familia. Teniendo conocimiento de los procesos patológicos que inciden en el envejecimiento, detectando las afecciones y patologías de manera precoz, y actuando de forma multidimensional” (OPS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, 2002).

2.5.2.2 Principios de la rehabilitación del adulto mayor

Todo programa de rehabilitación geriátrica debe considerar:

“Mantener la máxima movilidad.

Mantener o restaurar la independencia en actividades básicas de la vida diaria.
Desde el inicio, del tratamiento obtener la confianza y cooperación del paciente.
Crear una atmósfera razonablemente esperanzadora y optimista.
Aplicar tratamientos simples e individualizados.
Efectuar las sesiones terapéuticas por cortos períodos de tiempo.
Integración de todo el personal de asistencia” (OPS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, 2002).

2.5.2.3 Pautas a seguir en el tratamiento de rehabilitación física en geriatría

Es importante que el personal cuidador del adulto mayor esté capacitado para proveer un servicio de calidad y que seas capaz de seguir las instrucciones de los especialistas en la medicación específica a cada adulto mayor además de dar seguimiento a los programas de fisioterapia en cada caso y prestar un tratamiento personalizado, teniendo en cuenta que cada persona envejece de manera diferente.

Por lo que se considera determinante tomar en consideración los siguientes aspectos:

“Fisioterapia más medicación oral o parenteral (pocos medicamentos y pocas dosis).

Métodos de fisioterapia iguales a los aplicados al adulto joven, pero tomando en cuenta la edad, enfermedad de base y capacidad vital.

Vigilar los trastornos cardiorrespiratorios y la fatiga muscular, por lo tanto, hay que hacer pausas y medir la tensión arterial y el pulso.

Práctica de la ergoterapia funcional (artística, artesanal o ludoterapia).

Ortesis (aditamentos ortopédicos), si fuera necesario, sencilla y de poco peso” (OPS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, 2002).

Otra ciencia que se relaciona al adulto mayor es la Tanatología por sus aportes al estudio del proceso de muerte, por lo que se considera un campo de interés, al menos de forma general, para los profesionales, técnicos y cuidadores de adultos mayores, sobre todo en los casos en los que presentan alguna enfermedad de larga duración o crónica o bien que se encuentre en proceso de muerte.

2.5.3 Tanatología

El aprender a afrontar la muerte en su doble vertiente de experiencia individual o de doliente en presencia de un allegado- es también aprender a asumir, en toda su dimensión, nuestra propia humanidad. La tanatología comprende muchos campos de acción, desde la atención al enfermo moribundo y a su familia, hasta la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa. El término tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico Ruso Metchnikoff Elías. Con la creciente aceptación hospitalaria surgió la institucionalización “Morir en un hospital, más que en la casa se volvió norma” (Phillipe, 1984).

En otros términos, tanatología es el conocimiento científico de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, social y espiritual para vivir en plenitud, es así como se define a la tanatología. Una definición más concreta es considerarla como “el estudio de la vida que incluye a la muerte”. Del origen griego thanatos (muerte) y logos (estudio o tratado) el objetivo de la tanatología es proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias. (Bravo Mariño, 2006).

La tanatología fue aceptada como ciencia a partir de los años 50's. Desde su concepción y hasta la actualidad, se ha tratado a la tanatología de manera interdisciplinaria e incluye la evaluación de nuestra relación con la muerte y no tanto

a las especulaciones o creencias (Religiosas, culturales o de otra índole). La meta última del tanatólogo es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza sobre la situación real. Esto incluye una mejor calidad de vida, una muerte digna y en paz (Bravo Mariño, 2006).

2.5.3.1 ¿Qué implica una muerte digna?

La tanatología concibe el proceso de muerte digna como el momento en el que los Profesionales, técnicos y cuidadores deben enfocarse en los siguientes aspectos:

- Calidad de vida durante esta etapa final.
- Atención adecuada.
- Ayuda para resolver problemas.
- Morir rodeado de gente cariñosa.
- No ser objeto de experimentación.
- Respetar y darle gusto al paciente.
- Presentar opciones reales para su situación actual.
- No dar expectativas falsas.

Dentro de las etapas de este proceso de muerte digna, la doctora Ross, una de las grandes especialistas en tanatología, concebía la muerte como un pasaje hacia otra forma de vida, describió que los pacientes terminales pasaban por 4 etapas, muchas de ellas en su fase de agonía y previo a la muerte: (Kübler, 2008),

- **Negación:** en donde el paciente reacciona así, a manera de defensa, ante la realidad, buscando otras opciones o buscando evidencias que muestren que el diagnóstico que reciben es un “error” o quieren cambiar de médico.

- **Ira o Enojo:** el enfermo se rebela contra la realidad, frecuentemente se pregunta ¿Por qué yo? Todo le molesta, todo le incomoda, nada le parece bien. Recordar su estado le inunda de enojo y rencor, a veces se necesita de esta fase para poder aceptar esta condición.

- **Pacto o Negociación:** asume su condición, aparece una etapa de tratar de negociar con el tiempo, dejar de hacer algo para prolongar la vida.

- **Depresión:** aparece cuando se adquiere conciencia de que todas las fases fracasan y que la enfermedad sigue su curso hacia el final, apareciendo la dependencia de ciertas actividades. El “volverse una carga para los demás” facilita la aparición de esta etapa.

- **Aceptación:** durante esta etapa se van resolviendo varios procesos, problemas o situaciones que ayudan al paciente a aceptar su condición. La persona prefiere estar sola, duerme mucho, renuncia a la vida en paz y armonía, no hay ni felicidad ni dolor. (Kübler, 2008)

2.5.3.2 Objetivos de la Tanatología

- Ayudar a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, no como una fantasía o castigo sino como la aceptación de la muerte como un proceso natural.

- Preparar a la gente para asumir la muerte propia y la de las persona cercanas.

- Educar a tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte.

- Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúe la importancia de las emociones (Von Roehrich Sierra, 2016).

Uno de los puntos más importantes dentro la tanatología es el principio de Autonomía el cual le permite al individuo tomar sus propias decisiones relacionadas con el proceso de morir (Louis Vicent, 1999). La dignidad de la persona se comprende sólo a través del respeto a la libertad.

Otro de los aspectos importantes dentro de la tanatología es aprender los diferentes medios por los cuales el paciente puede tener ese principio de autonomía. Por ejemplo, pueden llevarse ciertas acciones, desde la realización de testamentos (como testamento vital o jurídico), legados, responsabilidades, o voluntades anticipadas (este último se refieren a la posibilidad que legalmente se ha establecido en algunos países en cuanto a solicitar el rechazo a la prolongación de la vida por medios innecesarios en circunstancias específicas) (Kúbler, 1994).

Uno de los grandes retos que se tiene con respecto al estudio de la tanatología es educar a las personas desde niños y jóvenes sobre los aspectos que involucren el respeto al proceso de la muerte.

La muerte es un tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada. Nuestra vida no comienza cuando nacemos y no termina cuando morimos. Sólo es pasar un tiempo para madurar y crecer un poco. (Bravo Mariño, 2006)

Por otra parte las necesidades emocionales del paciente y de quienes los cuidaban eran con frecuencia ignoradas e insatisfechas, y dada la naturaleza y, lo severo de la enfermedad, era natural ocultarle la gravedad de su situación al paciente dejándolo solo desde el punto de vista emocional, como se puede apreciar en el relato del siguiente caso, tomado del manual del orientador experto de (Gerard, Egan 2012),

La tanatología ayuda tanto a los pacientes terminales como a los familiares y allegados desde que el familiar es diagnosticado, durante el proceso y posterior a la muerte para la elaboración del duelo. Así también la tanatología se enfoca a cualquier pérdida significativa que tenga el ser humano, es por ello que la importancia de la Tanatología hoy en día es indiscutible, contemplando que a lo largo de nuestra vida enfrentamos diversos tipos de pérdidas, muertes, separaciones, pérdidas de miembros, pérdida de salud, de ilusiones ante una discapacidad, es por ello que su campo de acción es muy amplio (Bravo Mariño, 2006).

2.5.3.3 La tanatología y el dolor

El especialista en Tanatología es parte del grupo interdisciplinario que atiende al paciente y su familia a enfrentar el dolor de la enfermedad y la muerte (Von Roehrich Sierra, 2016).

El Instituto Mexicano de Tanatología la define así: *“Es el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte. Especialmente de las medidas para minimizar el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprehensión y los sentimientos de culpa o pérdida de los familiares y amigos, al igual que evitar la frustración del personal médico”* (Von Roehrich Sierra, 2016).

De acuerdo con este mismo autor, una de sus finalidades principales es aliviar el dolor de la muerte y la desesperanza que trae consigo. No se trata de dar consejos ni consuelos, “Ayudar a bien morir” será una meta tanatológica cuando la muerte de un paciente está cerca, pero NO es la finalidad principal. Dos de los objetivos de la Tanatología son:

Ayudar a la persona, con todos los medios disponibles, a morir en plenitud de conciencia, es decir: con dignidad, con total aceptación de su principio de realidad y en paz interna total; reconciliada con su propia biografía.

Ayudar a quienes se enfrentan de manera cotidiana al sufrimiento psicológico y al dolor físico que puede entañar la muerte, en especial a médicos y enfermeras, así como a los demás integrantes del equipo de salud: psicólogos, trabajadoras sociales, incluyendo al personal de limpieza que, en muchas ocasiones, llegan a establecer un contacto significativo con el paciente y los familiares (Von Roehrich Sierra, 2016).

2.6 Calidad de vida

En la atención multidisciplinaria del adulto mayor es muy importante considerar el tema de calidad de vida, término que la Organización Mundial de la Salud define la Calidad de Vida desde un matiz de salud como “la percepción del individuo de su propia vida en el contexto de cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015). Sin embargo en una definición más específica en relación a las personas mayores varios autores la han citado desde diferentes perspectivas, entre las que se puede mencionar: “resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante el cual se da de forma individual y diferente;

adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y temor al abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”. (A., 1994)

Por su parte Martín (E, 1994) define que un elemento característico en la calidad de vida del adulto mayor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por él como beneficiosa”

Asimismo (KrzemienD., 2001) postula que “la Calidad de Vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas así, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social”.

La calidad de vida tanto en el nivel macro (la sociedad) como en el nivel micro (el individuo) se encuentran estrechamente relacionados con la percepción que el individuo tendrá acerca de sí mismo al llegar a una “adulthood tardía” o comúnmente conocida como “vejez”. Es por esta razón que el objetivo de esta investigación, es exponer los factores que inciden en la calidad de vida de las personas mayores y cómo éstas cambian significativamente su percepción de sí mismos.

En este mismo sentido Giró indica que “hoy en día las personas de edad son apartadas del desempeño de tareas que perfectamente podrían realizar, y esto, a pesar de que la realidad y la opinión pública parecen no compartir la idea de la inutilidad de los mayores. Sabemos que el problema de la vejez no es estrictamente un problema biológico, médico o físico, sino que es, principalmente, un problema social y cultural; es decir, la vejez, su significado, es una construcción social”. (Giró, 2011)

Esto se hace evidente dentro del ámbito laboral en el que las personas productivas están comprendidas hasta la edad de 60 años o más en los mejores casos.

Por otra parte Montes afirma que la explicación de calidad de vida “aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de la vida. Es decir que las preocupaciones por vivir bien surgen desde un conflicto externo de la persona que claro afecta integralmente, pero que se plantea en el ambiente donde vivimos. Desde la década de los 50 la preocupación está centrada en el ritmo de vida que llevamos y el desgaste (envejecimiento) que tenemos a raíz de la industrialización y laboriosa existencia. ¿Cómo reaccionamos ante estos elementos? ¿Qué estilo de vida podemos llevar en medio de esta sociedad que cada vez nos exige ser más competitivos? ¿Cómo la sabiduría de envejecer surge como una propuesta para el hoy?” (Montes, 2006).

La calidad de vida de una persona mayor está conformada por la garantía de ciertas necesidades primordiales como: Vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas, dentro de estas últimas, la capacidad de contar con propia voluntad es decir decisión y realización de una actividad primordial en la cual pueden ser útiles. Sin embargo, en ciertas ocasiones estas necesidades no se ven cubiertas en el mejor de los casos por inconciencia o falta de atención y tiempo de los familiares de estas personas, pero también acontece que estas situaciones se vuelven consientes y entonces se genera cierta violencia intrafamiliar contra la persona mayor.

Si la persona mayor no logra una interacción social sana, carente de violencia en cuanto a la ausencia y limitación de las garantías personales y básicas, vivirá una fase de declinación funcional y aislamiento social en consecuencia, no tendrá acceso a desarrollo creciente de la resiliencia como capacidad para conseguir un mejoramiento de la calidad de vida que posee (Vera, 2013).

En este mismo sentido según Schallock & Verdugo proponen un modelo heurístico para la comprensión de la calidad de vida y refieren que calidad de vida “está conformado por dimensiones e indicadores dentro del sistema social. Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal,

bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estas dimensiones pueden proporcionar un estudio en los niveles de la calidad de vida en las personas mayores. Siendo así que estas mismas han sido una parte importante de la investigación durante los años 90. La falta de corresponsabilidad entre las dimensiones establece una ruptura de un contexto social de la persona mayor, un ajuste problemático entre la persona y su entorno” (Schalock & Verdugo, 2002).

2.7 Calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida en esta etapa de la vida, está también relacionada con la autonomía e independencia de la persona. Diversos estudios señalan que las personas independientes, creadoras, involucradas en tareas posteriores a la jubilación, y con un sano equilibrio emocional, suelen vivir mejor y más años que las personas aisladas, recluidas, frustradas y deprimidas. Los ancianos conservan suficientemente bien su intelecto si se mantienen activos y se emplean en toda su capacidad. Para poder medir los diferentes aspectos que conforman el concepto calidad de vida de las personas, se han construido diversos instrumentos tales como cuestionarios, tests, etc, El más utilizado en la actualidad es el “Cuestionario Breve de Calidad de Vida” (CUBRECAVI) (Fernández Ballesteros, R.) citado por (Martínez, 2014).

Calidad de vida es un tema sobre el que se habla mucho en ambientes hospitalarios al referirse a pacientes con enfermedades de curso crónico o bien pacientes en fases terminales, sin embargo la atención y cuidados que se proporcionan a los adultos mayores debe ser enfocado desde la perspectiva de calidad de vida, proporcionando un servicio de calidad que contribuya al bienestar de las personas que son atendidas en centros de cuidado y atención permanente, para lo cual es conveniente considerar las siguientes variables:

Cuadro 1 “Calidad de Vida”

Variables	Descripción
1.- Salud subjetiva	Autopercepción de la salud
2.- Salud objetiva	Síntomas con su frecuencia de aparición
3.- Salud psíquica	Sentirse deprimido, angustiado, desmemoriado
4.- Integración psicosocial	Frecuencia con que suele verse con familiares y amigos, el grado de satisfacción con sus relaciones interpersonales
5.-Habilidades funcionales	Nivel de autonomía-dependencia que tiene la persona en su vida cotidiana
6.-Actividad y ocio	Sentido que cada persona da a la experiencia de ocio, las actividades que realiza etc.
7.- Satisfacción con la vida	Nivel educación alcanzado o el dominio de algún oficio.
8.-Educación Ingresos	Monto de dinero que por todos los conceptos entran en el hogar.
9.-Servicios sociales y sanitarios	Indaga sobre los servicios sanitarios y sociales con que puede contar el anciano.

Elaboración propia con datos de (Martínez, 2014)

Se considera vital la evaluación de las variables descritas anteriormente, en el caso de los adultos mayores antes y durante el internamiento en centros de atención permanente, con la finalidad de monitorear su nivel de funcionamiento y estado de salud antes de iniciar cualquier tipo de programa educativo o bien programas terapéuticos específicos acordes con sus necesidades.

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud en su protocolo de atención en salud de las personas mayores plantea que “calidad de atención al final de la vida significa “que la persona recibe el cuidado apropiado para satisfacer sus necesidades. Por ejemplo, que no se le hagan hospitalizaciones innecesarias o intervenciones fútiles o que al contrario se le abandone o se le nieguen las medidas apropiadas de alivio. La calidad de atención al final de la vida también está definida por la calidad de la interacción entre el paciente y el personal de salud y los cuidadores que lo rodean. Para mantener la calidad de atención al final de la vida, es necesario: Controlar y manejar apropiadamente síntomas tales como: - dolor - disnea o problemas respiratorios - confusión y delirio - anorexia - depresión - estreñimiento o constipación - náusea/vómitos - ansiedad - úlceras por presión” (OPS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, 2002).

2.7 Modelo de atención del Adulto Mayor

En la atención del adulto mayor se documentan diversos niveles de atención, entre los que se puede mencionar:

2.7.1 Niveles de atención en Geriatría

Desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud en el proceso de rehabilitación física en Geriatría, se deben identificar y modificar factores de riesgo que afecten al paciente.

La OPS considera factores de riesgo:

“el sedentarismo, la obesidad, la inactividad, el hábito de fumar, el alcoholismo y los malos hábitos nutricionales, fundamentalmente. Para el trabajo en esta esfera, debe involucrarse el paciente, la familia y otros factores comunitarios” (OPS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, 2002).

Asimismo, la OPS plantea que la rehabilitación incluye tres niveles de prevención.

“El primer nivel incluye acciones dirigidas a prevenir la aparición del daño, detectar personas con discapacidad y realizar promoción de la salud.

El segundo nivel incluye las acciones dirigidas a evitar o minimizar los efectos de las deficiencias, de manera que no evolucione hacia la discapacidad; la vigilancia epidemiológica de la discapacidad y la atención temprana.

El tercer nivel incluye acciones para impedir o minimizar los efectos de la discapacidad en el ámbito político, económico, social y comunitario” (OPS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, 2002).

2.7.2 Programas de atención geriátrica

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la calidad de vida en el envejecimiento está relacionada con el mantenimiento del funcionamiento, en este sentido indica que:

“El envejecimiento se acompaña de disminución de las capacidades de reserva del organismo, las cuales responden tanto a factores fisiológicos como patológicos (alteraciones del equilibrio, postura, marcha, disminución de la fuerza muscular, déficit sensorial, visual y auditivo). Esto es importante para la rehabilitación en Geriátrica, ya que deberá tomarse en cuenta en su indicación, no sólo el problema a rehabilitar, sino también las capacidades residuales que tanto en el área biológica, psicológica o social, posee el paciente para enfrentar el proceso de rehabilitación. El mantenimiento de la capacidad funcional y su expresión en la autosuficiencia o autonomía, como condición básica de la calidad de vida, es objetivo central de esta rehabilitación” (OPS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, 2002).

Llama la atención especialmente la conceptualización de la OPS sobre calidad de vida al relacionarla directamente con la capacidad funcional del adulto mayor, de aquí surge la necesidad de contar con personal profesional y técnico multidisciplinario formado y capacitado específicamente para atender a personas adultas mayores y atender sus necesidades de acuerdo a su estado de salud.

En este mismo orden de ideas, la OPS se refiere a la importancia de contar con programas de atención geriátrica y con recursos humano calificado y capacitado para prestar un servicio de calidad al adulto mayor, en los centros de residencia.

2.7.3 otros componentes básicos de la rehabilitación

Dentro del enfoque integral de atención al adulto mayor se consideran de vital importancia las siguientes áreas de especialidad geriátrica:

2.7.3.1 Terapia ocupacional en el adulto mayor

Está enfocada a proporcionar adaptaciones que faciliten las actividades de la vida diaria (AVD), técnicas que permitan simplificar la ejecución de las mismas, elementos para ejercicios, entrenamientos en AVD, ejercicios para miembros superiores y estimulación cognitiva; mediante un programa doméstico de actividades significativas y el asesoramiento al paciente respecto a las modificaciones de su entorno.

2.7.3.2 Fonoaudiología

Permite la evaluación de los niveles de la comunicación oral con el objetivo de rehabilitar las funciones dañadas en lenguaje, habla y voz, así como establecer y equilibrar los trastornos psicológicos presentes en estos pacientes e incorporarlos lo más tempranamente posible a su medio social.

Esta terapéutica estará dirigida a mantener y restablecer funciones de órganos y músculos afectados, mediante realización de ejercicios funcionales y estimulación cognitiva (vocabulario), restableciendo los estereotipos fonemáticos del lenguaje y su simbolización, por lo que se resume que debe lograrse un lenguaje básico en el paciente.

2.7.3.3 Intervención psicológica y social

Con la finalidad de proporcionar una calidad de vida al adulto mayor, es imprescindible contar con el apoyo psicológico y social en los centros de atención del adulto mayor, en ese sentido la OPS plantea que estos aspectos “son elementos importantes en el proceso de rehabilitación, ya que el estado mental y afectivo del paciente incide positiva o negativamente en el tratamiento; de ahí la importancia de la evaluación con participación familiar, incorporación a talleres de trabajo y el fortalecimiento de redes sociales” **(OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015).**

2.7.4 El cuidador de la persona mayor

El Recurso humano que tiene a su cargo el cuidado de adulto mayor debe prestar atención a su estado de salud debido a la alta demanda y estrés que sufre, Lara en su manual de cuidadores del adulto mayor, sugiere tomar en consideración los siguientes signos y síntomas de alarma en el cuidador:

En su estado físico:

No tiene apetito, por tanto no se alimenta bien.

Tiene cansancio, no realiza ejercicio, descuidando su figura y apariencia, desmejorando su salud.

Es propenso a adquirir enfermedades y no se preocupa por recibir pronta atención médica.

Su sueño no es reparador y puede llegar al insomnio. Puede tener problemas con su pareja por no dedicar tiempo de calidad a su familia. En su estado mental.

Se altera su atención y concentración en las actividades mentales como pensar, razonar y tomar decisiones.

Su agilidad mental se altera y puede presentar olvidos frecuentes.

Puede llegar al límite de consumir alcohol y tabaco. En su estado emocional.

Presenta desmotivación, ansiedad y depresión.

Tiene irritabilidad constante con las personas de su entorno.
Presenta aislamiento y tendencia a encerrarse en si misma/o.
Actitud negativa hacia la persona adulta mayor dependiente (maltrato).
En su estado espiritual.
Siente desesperanza y falta de fe, descuida la lectura, la reflexión y el fortalecimiento interior.
El debilitamiento interior puede predisponerle a la baja autoestima y no tener sentido a la vida.
Descuida los espacios de prácticas espirituales y religiosas.

En su estado social:

Pierde el interés por compartir la vida social y familiar.
Puede tener problemas afectivos con su pareja.
Las actividades que antes eran placenteras con su familia y sus amigos, ya no las desea (Lara, 2011).

2.7.5 Programas educativos gerontológicos

De acuerdo con el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud “a medida que las personas envejecen, sus necesidades de salud suelen ser más crónicas y complejas. Para responder a estas necesidades, hace falta una atención integrada, construida en torno al objetivo común de optimizar las trayectorias de la capacidad funcional, con especial énfasis en desarrollar al máximo la capacidad intrínseca”. (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015). Sin embargo, muchos servicios actuales fueron creados para curar enfermedades o síntomas agudos; los problemas de salud se tratan con frecuencia de manera desconectada o fragmentada. Para lograr la coordinación, serán cruciales las tres estrategias siguientes:

1. crear y garantizar el acceso a servicios que presten atención integrada y centrada en las personas mayores;
2. orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca;
3. garantizar que el personal sea sostenible y esté debidamente capacitado (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

Es necesario tomar en cuenta que en un programa de atención al adulto mayor dirigido al mantenimiento del funcionamiento de las capacidades físicas y mentales del adulto mayor debe contar con recurso humano altamente calificado y especializado en geriatría, tal como lo expone la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en 2002, “la formación y capacitación de los recursos humanos en geriatría y gerontología y la educación continua del personal técnico y profesional que trabaja con la población adulta mayor se imparte con estrategias fundamentales para el diseño, implementación y evaluación de los modelos de atención así como de programas multidisciplinarios que favorezcan una atención digna y con calidad para el bienestar de las personas adultas mayores” (INAPAM, 2005).

Así mismo el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de México que plantea que: “La educación continua se torna fundamental cuando se trabaja con población adulta mayor, sobre todo más vulnerable y de alto riesgo, la atención inadecuada o la falta de la misma a este grupo representa un riesgo para su salud. Muchos países de la región (América Latina y el Caribe) acusan una falta de personal capacitado y sensibilizado para atender a este grupo poblacional siendo la formación y capacitación del recurso humano una de las estrategias que derivan del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2002) y de la reunión de Santiago de Chile del año 2003, donde se señala que “todos los adultos mayores tienen derecho a ser atendidos por personal de salud con formación y capacitación gerontológica” (INAPAM, 2005).

Capítulo III. Presentación y Procesamiento de Datos

Se elaboró una entrevista estructurada de modalidad mixta este instrumento permitió recolectar información sobre aspectos relacionados con la formación y conocimientos de los cuidadores.

El Instrumento tomó en cuenta tres dimensiones:

1.- Técnica: Tomó en consideración aspectos relacionados con las capacidades y competencias de los cuidadores de los adultos mayores.

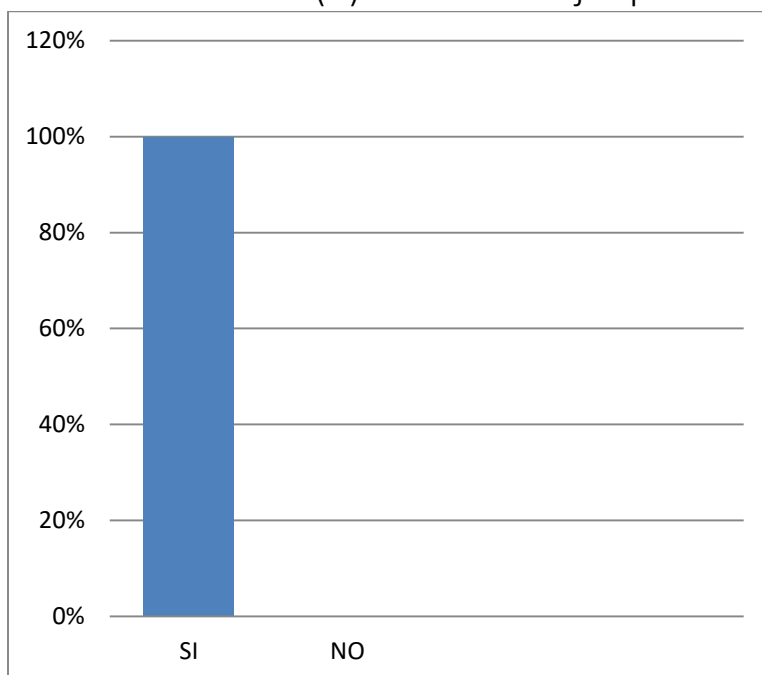
2.- Personal: Consideró aspectos relacionados con estado emocional, aspectos familiares de los cuidadores de los adultos mayores

3.- Contexto y medio ambiente: Se enfocó en nivel de satisfacción con la labor realizada.

Para la validez interna y asegurar la relevancia y claridad de los ítemes propuestos se sometió a consulta de cinco expertos en el área de psicología y con experiencia en atención a adultos mayores institucionalizados.

Gráfica No. 1

¿Está usted satisfecha (o) con el trabajo que realiza?



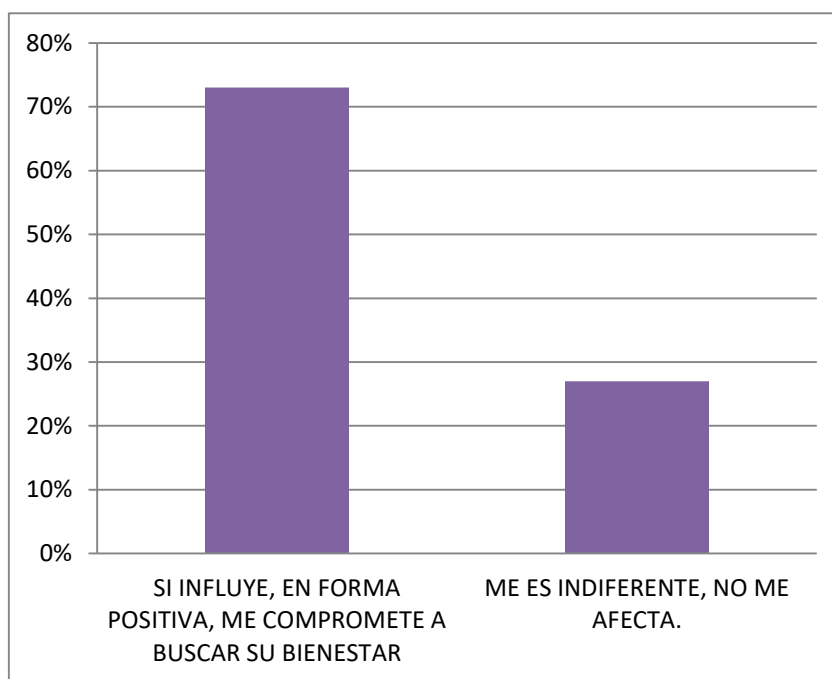
Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

El 100% de los encuestados se sienten satisfechos con el trabajo que realizan, aunque consideran que lo ideal es estar capacitados para que su trabajo sea realizado con mayor satisfacción y seguridad a las personas mayores.

Esta información rebela que el personal cuidador de personas adultas solicitan que se tome en cuenta la necesidad de un programa educativo que les permita conocer los aspectos importantes de las necesidades básicas de la persona mayor, para sentir verdadera satisfacción en su desempeño.

Gráfica No. 2

¿Cómo influye su trabajo en su vida familiar y personal?

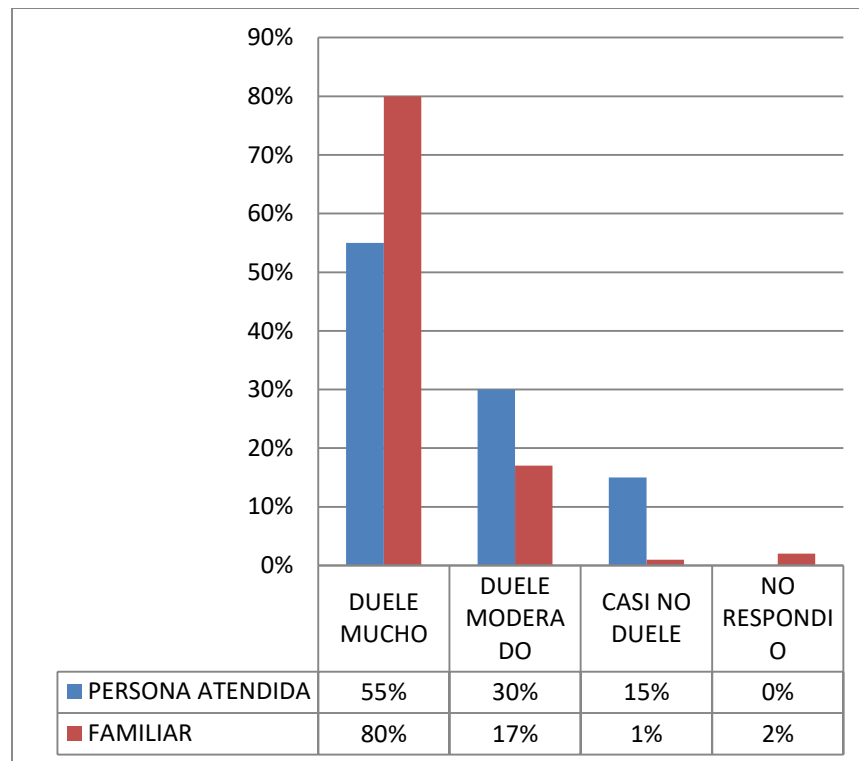


Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

De la población objeto de estudio el 73% manifiesta que su trabajo influye en su vida personal en forma positiva, sensibilizándolos, pero al mismo tiempo sufren algún tipo de frustración porque aunque quieren hay procedimientos que realizan con mucha inseguridad, o que dejan de realizar por desconocimiento, el 27% restante responde en esta pregunta que le es indiferente, pudiéndose observar que el defecto más evidenciado en este grupo de cuidadores es la indiferencia ante la necesidad humana; vale la pena reconocer que el personal que se dedica a este trabajo debe tener vocación de servicio y estar capacitado en el tema que se refiere a la humanización del cuidado.

Gráfica No. 3

¿Cuál es el nivel de dolor ante la pérdida de personas adultas mayores familiares y no familiares?



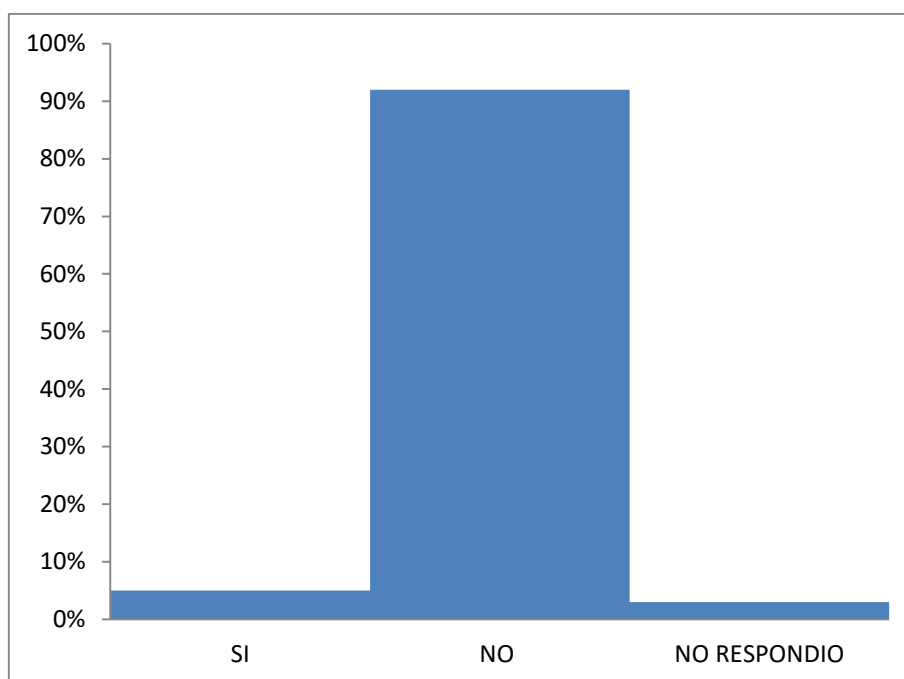
Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

De la población objeto de estudio el 80% respondió que les causa mucho dolor la pérdida de las personas mayores a las que cuidan, no importando que sea familiares o no, el 17% respondió que el dolor que les causa es moderado, confirmándose la necesidad de dar a conocer el tema sobre que es la muerte y la forma de afrontarla, explicando las ocho estrategias para afrontar el duelo por la pérdida de un ser querido, según aparecen en el protocolo de atención educativa geriátrica.

Un 3% de esta población refirió ausencia de vínculos afectivos, siendo consecuente el grupo que muestra indiferencia, en este trabajo.

Gráfica No. 4

Cree usted que los cuidados que brinda a una persona mayor deben ser diferentes si se trata de un familiar o de un paciente que usted atiende, en determinada institución.

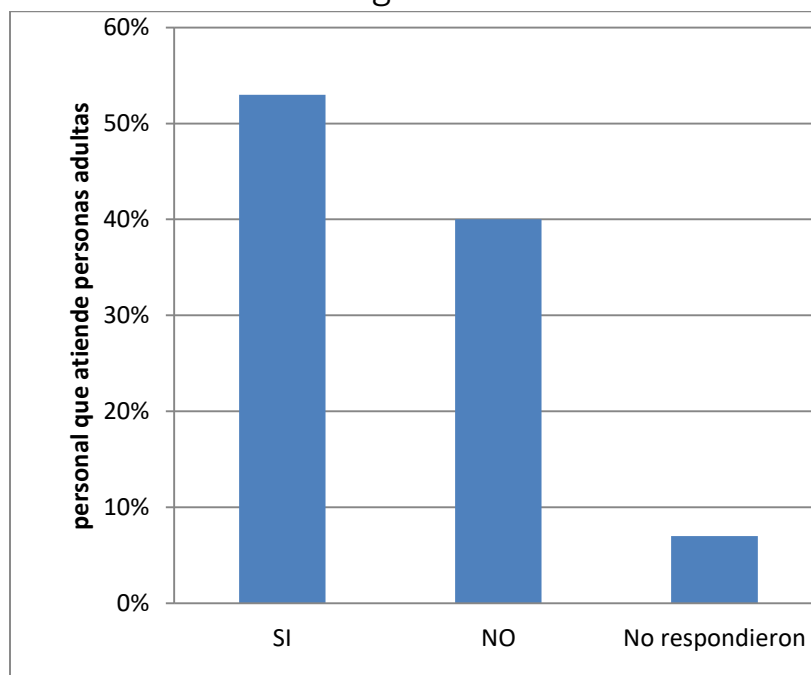


Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

Aquí podemos ver que el 92% de los cuidadores de las personas mayores respondieron que no debe de haber diferencia al brindar los cuidados entre personas familiares y no familiares, que las instituciones no deben de brindar únicamente abrigo sino que también protección, amor y satisfacción de otras necesidades según lo que indica la pirámide de Maslow, eliminando todo descuido o abandono del que puedan ser víctimas las personas mayores, por lo que consideran necesario tener un guía o protocolo de atención; el 6% respondió que si debe de existir diferencia y el 2% no respondió.

Gráfica No. 5

¿Considera que el grupo de personas adultas que usted atiende, deben de gozar de mejores privilegios que otros grupos de la sociedad guatemalteca?



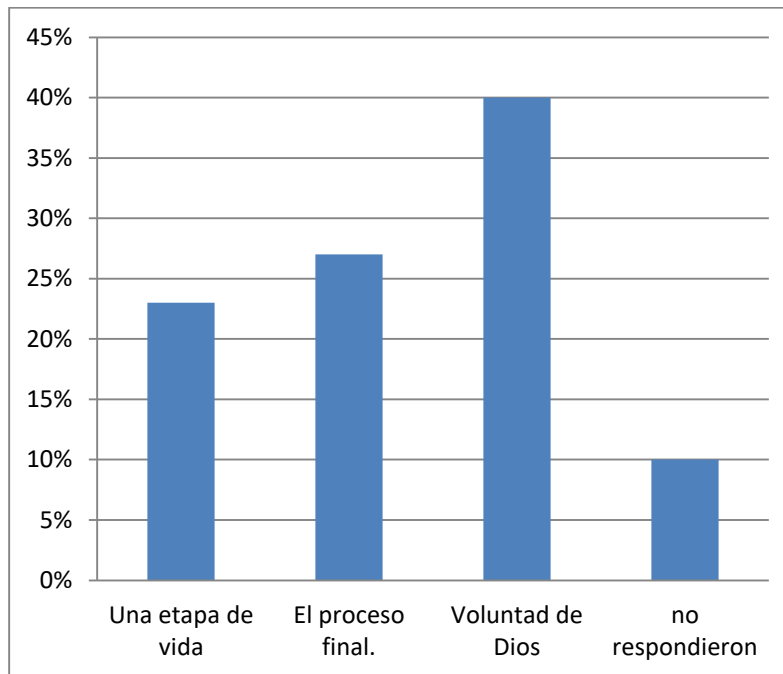
Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

De la población objeto de estudio el 53% de los cuidadores de personas mayores consideran que el adulto mayor si deben gozar de mejores privilegios que otros grupos de la sociedad guatemalteca, mientras que un 40% respondió que no y el 7% no respondió.

Llama la atención el porcentaje alto de encuestados que no dan importancia a la vulnerabilidad del grupo de personas mayores, no toman en cuenta los cambios físicos y psicobiosociales que sufre el ser humano, por lo que es necesario el uso del protocolo de atención educativa geriátrica, en la sección que da a conocer “que es la vejez como etapa de la vida del ser humano”

Gráfica No. 6

¿Qué es la muerte?

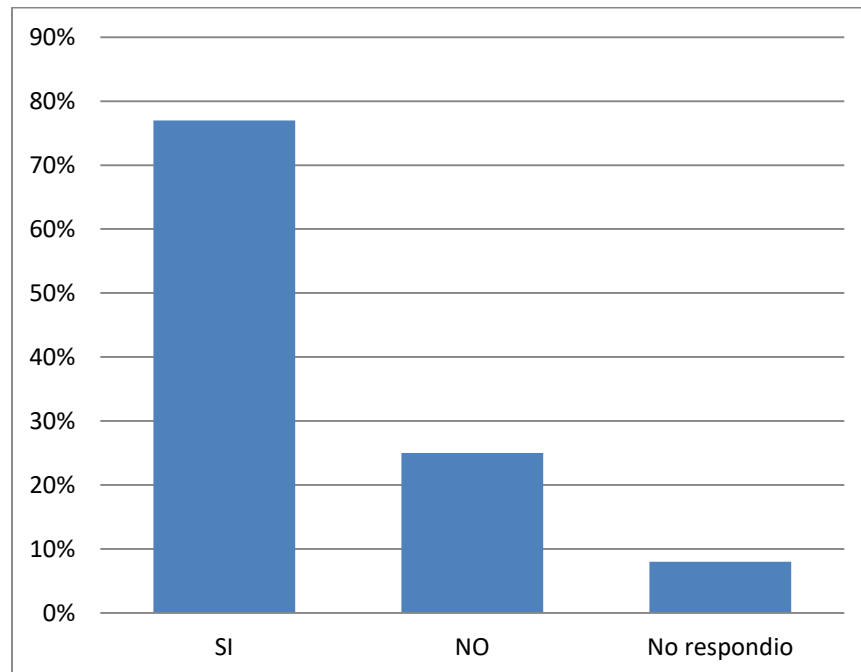


Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

La población objeto de estudio en general tiene diferente ideología en cuanto a los interpretaciones que hacen sobre el tema de la muerte, por lo que de nuevo se confirma la necesidad de educar en el tema que concierne a lo que es la muerte el que está contenido dentro de las ocho estrategias para afrontar el duelo.

Gráfica No. 7

¿Considera usted estar debidamente capacitado para atender a este grupo de personas?



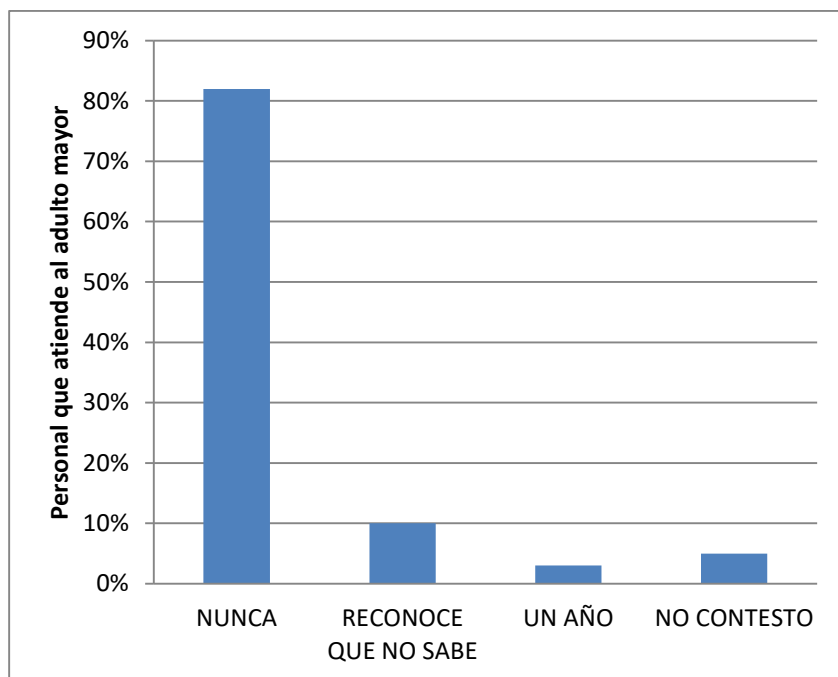
Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

El 77% de los encuestados consideran estar capacitados para atender a personas adultas mayores, el 25% respondió que necesitan reforzamiento por que no están capacitados y el 8% no respondió.

Consolidando las cantidades de personas que manifiestan no estar capacitados para brindar atención a la persona mayor nuevamente se confirma la necesidad que debe existir un documento que facilite la capacitación de todo el personal cuidador de este grupo de la sociedad.

Gráfica No. 8

¿Cada cuánto tiempo recibe capacitaciones para estar actualizado en técnicas de manejo y tratamiento de las personas mayores?

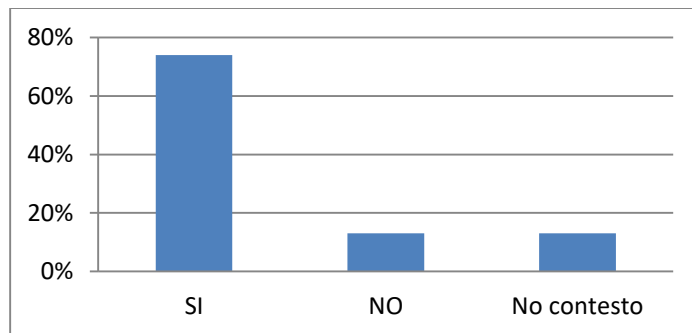


Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

De la población objeto de estudio el 82% indicó que nunca reciben capacitación para realizar sus actividades laborales, un 10 % desconoce cada cuánto, 2% respondió que sí ha recibido capacitación y un 6% no contestó, lo que nos lleva a concluir que el 100% necesita ser capacitado en el cuidado de las personas mayores, por lo que se hace la propuesta de un programa educativo de atención geriátrica para todos aquellos grupos que se dedican al cuidado de personas mayores, denominándose dicho programa “protocolo de atención educativa geriátrica”

Gráfica No. 9

¿Existe algún tema que le gustaría que le reforzaran para mejorar la atención que presta a las personas mayores?

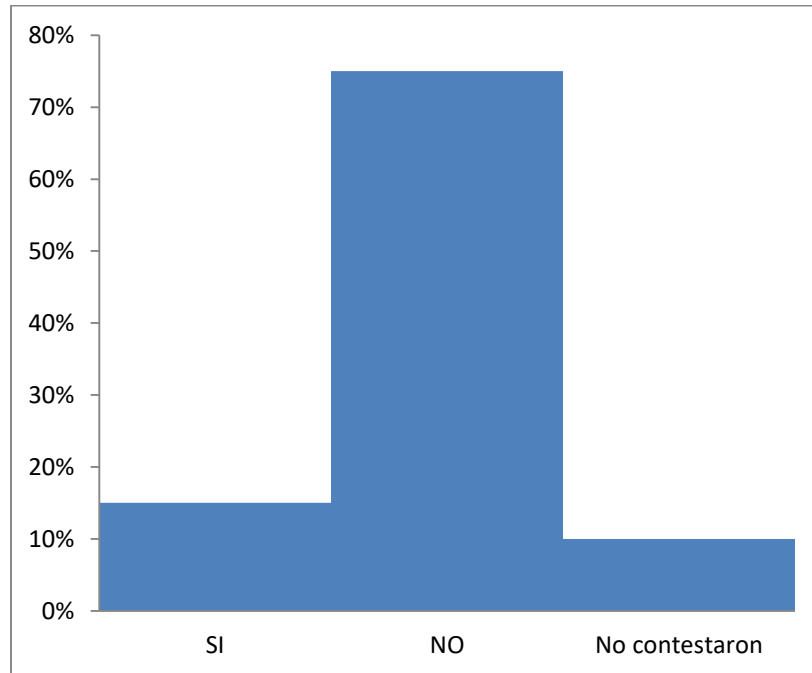


Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

Demuestra que el 74% reconoce la necesidad de reforzamiento de temas para mejorar la atención a la persona mayor; el 13% respondió que no necesita reforzamiento mientras el 13% no responden.

Gráfica No. 10

¿Si tuviera la oportunidad de elegir; cambiaría su trabajo para realizar otra actividad laboral?

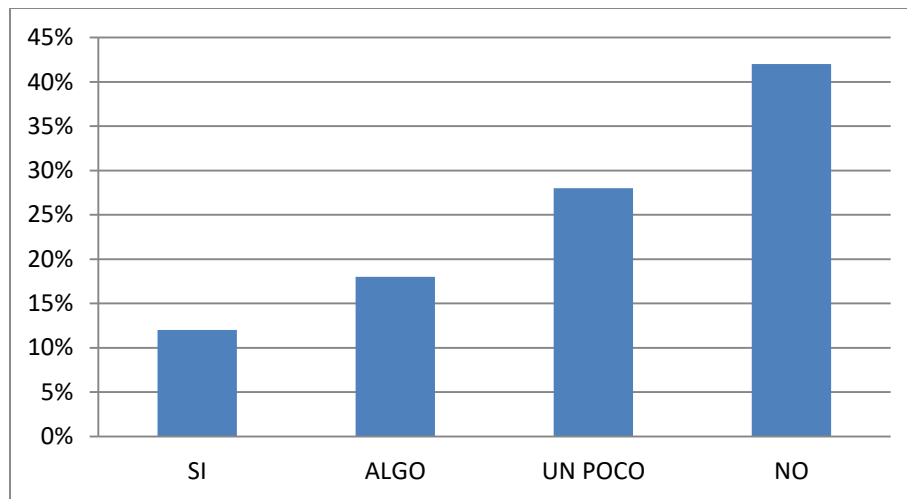


Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

El 15% de los encuestados les gustaría poder cambiar de trabajo, el 75% no les gustaría cambiar de trabajo y el 10% no responde.

Gráfica No. 11

Tiene conocimiento en administración de medicamentos

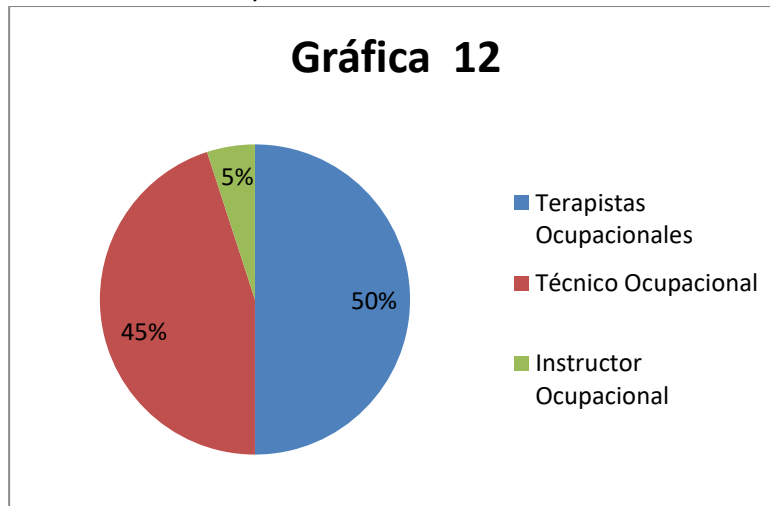


Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

El 87% la población estudiada respondió que en relación al conocimiento de administración de medicamentos y el uso de los mismos en las personas mayores no poseen ninguna capacitación, habiendo respondido que si tienen conocimiento sobre este tema únicamente el 13% pero siendo un tema de mucha importancia se ha tomado en cuenta en el protocolo propuesto dejándose para el uso educativo del personal cuidador de personas mayores y así contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo de la sociedad.

Gráfica No.12

Los diferentes puestos que se les han asignado a las personas cuidadoras de adultos mayores



Fuente: Encuesta a trabajadores del programa nacional del Adulto Mayor “Mis Años Dorados” julio del 2017.

La presente gráfica se refleja los diferentes puestos que se les han asignado a las personas cuidadoras de adultos mayores, el 50% ocupan el puesto de Terapistas ocupacionales, 45% técnicos ocupacionales y el 5% instructor ocupacional.

Análisis general.

Siendo este un estudio de investigación descriptiva con enfoque cualitativo aporta conocimientos básicos que sirven de base para formular iniciativas que contribuyan a mejorar la calidad de atención que recibe la persona mayor. Impactando en la satisfacción de las necesidades de realización, auto estima, social, seguridad, fisiológicas o básicas, de la persona que recibe el servicio (persona mayor) por lo que la siguiente gráfica representa lo condensado de los datos obtenidos mediante el instrumento utilizado con el personal cuidador de las personas mayores

El 92% de personas encuestadas confirman la necesidad de ser capacitadas para realizar este trabajo.

El 82% refieren sentirse inseguros para brindar cuidados a los adultos mayores y que existen tareas de importancia que realizan y podrían mejorar.

El 70% manifiestan que les causa mucho dolor la muerte de la persona mayor que atiende lo que les causa frustración.

El 50% de las personas encuestadas consideran que el grupo de adultos mayores debe gozar de mejores privilegios que el resto de la sociedad.

Un 8% de los encuestados manifiestan que no les agrada el trabajo que realizan y que de ser posible cambiarían, pero están allí por necesidad.

Alerta: aquí la representación de la necesidad de implementar un programa educativo dirigido a los cuidadores de las personas adultas mayores, quienes tienen el deseo de proporcionar calidad de vida a las personas que están bajo su cuidado.

Capítulo IV

Conclusiones.

Se pudo concluir que es de suma importancia mejorar la atención geriátrica para la satisfacción psicobiosocial de las personas mayores, estableciéndose un protocolo de atención educativa geriátrica que contiene temas relevantes que ayudaran a proporcionar los conocimientos necesarios para mejorar la calidad de atención que brinda cada uno de los cuidadores de personas mayores.

Se determinó que una de las principales acciones a tomar, es capacitar a los cuidadores de personas mayores en temas básicos para mejorar notoriamente la calidad de vida tanto de la persona mayor como de los cuidadores. Esperando con esto alcanzar una estabilidad emocional satisfactoria recíproca.

Las causas más frecuentes que provocan dificultad en el desempeño de las actividades que dan origen a que la atención a la persona mayor no sea de calidad, siendo las causas más frecuentes: falta de conocimiento en el cuidado, carecía de conocimientos básicos en cuanto a uso de fármacos que ayuden a mejorar la calidad de vida de la persona mayor, falta de vocación de servicio que los hace experimentar frustración y un alto nivel de estrés.

Se reflejó la necesidad de que exista una verdadera clasificación de puestos para que cada quien realice la actividad para la que está capacitado y la remuneración económica sea acorde a las actividades que realiza.

Recomendaciones

Todo el personal que atiende a adultos mayores debe estar capacitado para esta labor.

Que las instituciones que se dedican a prestar el servicio de cuidado a la persona mayor, mantenga un programa de educación continua, dirigido al personal que labora en ella, tomando como guía para el desarrollo del programa educativo el protocolo de atención educativa geriátrica que se presenta en esta investigación.

Alcanzar un nivel de satisfacción emocional en las personas cuidadoras de los adultos mayores a través de la seguridad que los conocimientos le proporcionan en el desarrollo de sus actividades laborales.

Nunca se debe olvidar que el objetivo primordial de esta investigación radica en proporcionar calidad de vida a las personas mayores, en el atardecer de la vida humana, sin excluirlos del núcleo de la sociedad.

Capítulo V

Protocolo de atención educativa geriátrica.

Autora: Licenciada Gladys Aracely Enríquez Ortiz Psicóloga.

Una de las etapas de la vida del ser humano es la vejez, la cual comprende a partir de los 60 años hasta el fallecimiento, en esta etapa las personas experimentan cambios físicos psicológicos y emocionales, que pueden manifestarse en la disminución de la fuerza física, baja de la actividad intelectual, pérdida del interés y del sentido de vida, lo que provoca modificación del carácter. Por su parte Martín (E, 1994) define que un elemento característico en la calidad de vida del adulto mayor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por él como beneficiosa” y (KrzemienD., 2001) postula que “la Calidad de Vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas así, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social”.

El ambiente social y físico influye profundamente en el comportamiento e imagen del ser humano, siendo estos factores que intervienen en la vida diaria del individuo, en el caso del adulto mayor generalmente el anciano no dispone de oportunidades para la participación, la acción y la autosuficiencia, todo esto contribuye al debilitamiento del deseo de vivir, por lo que es necesario dar un enfoque diferente en la atención del adulto mayor que le permita a la persona una vida digna, autosuficiente, compatible con la capacidad y los intereses individuales, las alternativas del cuidado que se le brindan las cuales deben ser muy diferentes al cuidado de custodia; este tipo de atención muestra únicamente

la insensibilidad del personal, o el desinterés del administrador de la institución del anciano institucionalizado. Para producir dignidad y realización a las personas de la tercera edad que se encuentran en esas instituciones o grupos familiares. La terapia ambiental modifica la calidad de vida mediante actividades y relaciones interpersonales, de un estilo de vida que lleve expectativas normales de comportamiento, es necesario que exista un cambio en la atención del paciente geriátrico el cual debe pasar de tratamiento de custodia a una terapia ambiental. Por lo que ilustraremos sobre este tema **¿Cómo realizar la atención geriátrica con fines educativos?** siendo inminente capacitar a las personas que prestan este servicio, en cuanto al aspecto de la “Humanización del cuidado” que refleja el valor que la sociedad guatemalteca debe darle a la persona mayor.

Perfil del cuidador de la persona mayor.

Los propósitos de la valoración y el ambiente en que se realizan todas las actividades que redundan en la atención de la persona mayor deben de estar enfocados en la valoración completa del estado de salud de la persona que se atiende. Este es uno de los mayores retos de la geriatría clínica, por lo que es preciso que el personal que brinda esta atención se encuentre capacitado para tratar a estas personas de una manera que demuestre la sensibilidad humana ante las preocupaciones de las personas de edad avanzada, así como conciencia de los numerosos aspectos únicos de sus problemas médicos y de mayor importancia la capacidad que debe de tener para interactuar de manera efectiva con quienes necesitan su ayuda, así como con otros profesionales del centro asistencial al que se refiera, con frecuencia debe actuar con mucha paciencia. Más importante aún, se requiere de una perspectiva distinta de la que se usa en la valoración del individuo más joven. La creatividad es esencial para incorporar estas herramientas de manera eficiente en esta práctica.

El personal que se emplea y las medidas que se utilizan en las instituciones sugieren un claro patrón de efectividad. Si se toman en conjunto estos resultados

son alentadores y preventivos a la vez. Es obvio que estos métodos en la atención del adulto mayor son deseables, la cuestión radica en la manera en que deben formarse dichas valoraciones. Para que la atención del adulto mayor sea eficiente existen estrategias claves tales como:

Capacidad individual del personal que atiende a la persona mayor para integrarse a un equipo interdisciplinario.

Capacidad para enfrentar las diferentes reacciones que provoca el cuidado de la persona mayor, tal y como pensar que ella misma va llegar a esa edad.

Capacidad de ver a la persona mayor como alguien que se ha ganado un lugar de honor y respeto, que generosamente puede compartir su sabiduría con los jóvenes.

Conciencia de que las personas mayores son un grupo en desventaja de nuestra sociedad.

Capacidad de estimular a la persona mayor de cuidar de sí mismo el mayor tiempo posible siempre que esté en condiciones de hacerlo.

Capacidad para identificar problemas geriátricos potencialmente remediables tales como: vista deficiente, audición deficiente, movilidad deficiente de alguno de sus miembros, estado nutricional, incontinencia urinaria, pérdida de memoria, depresión y discapacidad física. (Siu., 1996)

Conocimientos básicos de farmacología. (Por uso de medicamentos de la persona mayor).

Conocer sobre el tema de tanatología.

Valorizar la importancia de la influencia ambiental.

Bibliografía

Viguera, V. d. (2001). *Educación para el envejecimiento*. Argentina: Psicomundo.

Bibliografía

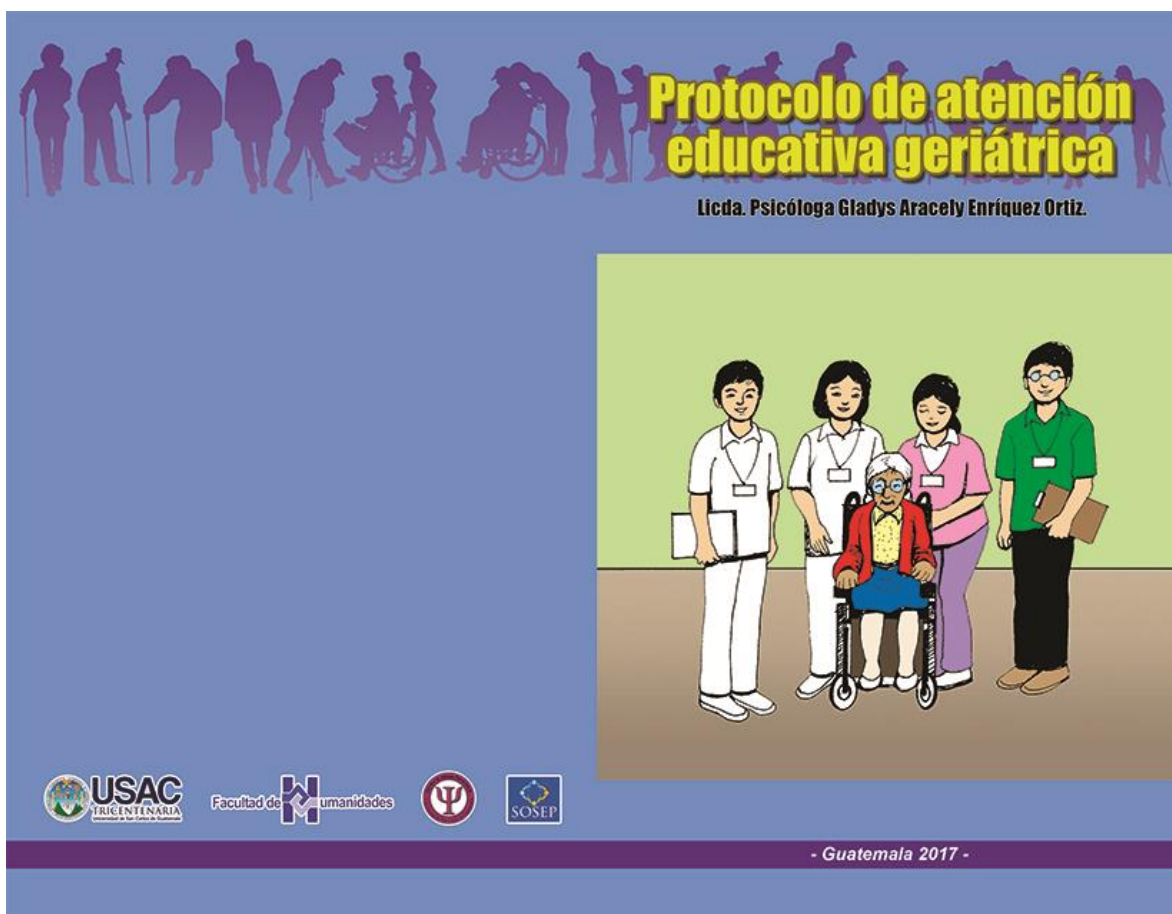
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia*. España: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.
- Bermejo García, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid, España: Médica, Panamericana.
- Bravo Mariño, M. (2006). ¿Que es tanatología? *Revista Digital Universitaria. UNAM D.F.*, 1-10.
- Enriquez Ortiz, G. A. (2021). *Tabla 1 Operalización de Objetivos*. Guatemala.
- Giró, M. J. (2011). *Envejecimiento y Sociedad: Una Perspectiva Pluridisciplinar*. España.: S.I. Universidad de la Rioja.
- Guzmán, J. (2002). *LOS ADULTOS MAYORES en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Área de Población y Desarrollo del CELADE-División de Población,.
- Hansen, B. (2003). *Desarrollo en la Edad Adulta*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Have, H. t. (1995). *Conferencia pronunciada en Fundación de Ciencias de la*. Madrid: Secretario de la European Society for Philosophy of Medicine.
- Hernández, A. P. (3 de 10 de 2015). *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44750219.pdf>
- Hernández, Y. (24 de 10 de 2015). *gestiopolis*. Obtenido de <http://www.gestiopolis.com/nuevo-rol-del-docente-del-siglo-xxi/>
- Hernández R. (2005) Los modelos de atención a los adultos mayores en Cuba. *Revista "Novedades en Población"*. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana. Cuba
- INAPAM. (2005). *Modelos de Atención Gerontológica*. México.
- Izquierdo, A. (2005). *Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos*. México: Revista Complutense de Educación.
- J. Porta, C. G. (1999). *Estudio multicéntrico catalano-balear. Med. Paliativa*. España: C. Sala, A.Tuca.
- KrzemienD. (2001). *Calidad de Vida y Participación Social en la Vejez Femenina*. Mar de Plata, Argentina.: Universidad Nacional de Mar de Plata.
- Kübler, R. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona.: Grijalbo.
- Kübler, R. (2008). ¿Qué implica una muerte digna? *¿Que es la tanatología?* *UNAM.*, 45-50.
- la, A. g. (s.f.).
- Lara, R. (2011). *MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR , MANUAL PARA CUIDADORES*. ECUADOR.

- Ledesma, J. G. (1977). *Psicología del aprendizaje I*. México: EDITORIAL PROGRESO, S.A.
- Llera, J. B., & Álvarez, J. A. (1995). *Psicología de la educación*. España: BOIXAREU UNIVERSITARIA.
- Louis Vicent, T. (1999). *Antropología de la muerte*. Mexico.: Fondo de Cultura Económica.
- MAQUILÓN SÁNCHEZ, J. J., & PINA, F. H. (3 de 10 de 2015). *Influencia de la motivación en el rendimiento académico de los estudiantes de formación profesional*. Obtenido de http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1301588086.pdf
- Martínez, H. (2014). *Manual de Medicina Preventiva y Social I*. México. médico, E. d. (3 de 11 de 1998). Amnistía Internacional. *El Diario Médico*, págs. 17-24.
- Méndez, Z. (s.f.). *APRENDIZAJE Y COGNICIÓN*. España: EUNED.
- Mesonero Valhondo, A. (1995). *Psicología del desarrollo y de la educación en la edad escolar*. España: ediuono.
- Millán, J. (2011). *Gerontología y Geriatría*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Millán, M. V. (3 de 10 de 2015). *FACTORES DE MOTIVACION RELACIONADOS CON EL APRENDIZAJE EN EL ESTUDIANTE DE MEDICINA*. Obtenido de <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1088/1/Tesis.Factores%20de%20Motivacion.pdf>
- Moliné, M. G. (3 de 10 de 2015). *ALGUNOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ÉXITO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*. Obtenido de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4700/mgm1de1.pdf;jsessionid=65105E4D10484139FF30CB9BB4BD7031.tdx1?sequence=1>
- Montes. (2006). Calidad de Vida. *Medicina Física y Rehabilitación*. Mexico., 5-6.
- Mundo, E. (7 de 01 de 1999). La policía británica investiga 50 muertes por eutanasia. *El Mundo*, pág. 20.
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (Septiembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 11 de Julio de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/#navigation>
- OMS. (2016). *Biblioteca Virtual en Salud de Guatemala*. Recuperado el 19 de agosto de 2017, de <http://guatemala.bvsalud.org/php/index.php>
- OPS. (2002). *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Washington, D.C. : Primera edición, OPS-OMS.
- OPS. (2011). *Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria en Salud*. Paraguay.
- OPS. (2015). *bioeticacs.org/iceb*. Recuperado el 19 de Agosto de 2017, de http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf
- País, E. (23 de 06 de 2000). Una enfermera inglesa investigada por la muerte de 18 menores. *El País*, pág. 21.

- Pavlov, I. P. (1997). *Los reflejos condicionados*. España: EDICIONES MORATA, S.L.
- PDH. (2016). *Informe Anual de Derechos Humanos*. Guatemala.
- Pérez, V. M. (2007). *La buena educación: reflexiones y propuestas de psicopedagogía humanista*. España: Anthropos.
- razón, L. (1999). Un médico holandés denuncia ante el consejo de Europa 900 casos de eutanasia sin consultar al paciente. *La Razón*, 22.
- Revista de Educación y Cultura AZ*. (16 de 10 de 2015). Obtenido de <http://www.educacionyculturaaz.com/cultura/actores-del-proceso-de-evaluacion-y-gestion-de-calidad-educativa>
- Rocha Durán, L. (2013). *La vejes en movimiento, un enfoque integral*. Buenos Aires: Dunken.
- Supo, D. J. (2013). *Como validar un instrumento*. Peru: Copyright ©.
- Ruiz de Miguel, C. (2001). Factores familiares vinculados al bajo rendimiento. *Revista Complutense de Educación*, 81-113. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0101120081A/16850>
- Saavebra, E., & Marco, V. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años*. (págs. 1-10). Chile: Universidad Católica de Maue (Chile).
- Salvador, L., & Valcarcel, A. G. (1989). *EL RENDIMIENTO ACADEMICO EN LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA: ABANDONO Y RETRASO EN LOS ESTUDIOS*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia .
- Sanchez, E. Y. (3 de 10 de 2011). "LA MOTIVACIÓN DE LOGRO EN LOS ESTUDIANTES DE LOS CURSOS DE PROYECTOS ARQUITECTÓNICOS DE LA LICENCIATURA EN ARQUITECTURA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR". Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/83/Osorio-Eva.pdf>
- Sánchez, S. B. (2015). *ENTORNO FAMILIAR Y RENDIMIENTO ACADÉMICO*. España: Área de Innovación y Desarrollo, S.L.
- Schalock, R. L., & Marchand, C. (2000). *consumer based quality of life assessment: a path model of perceived satisfacción*. Washington, DC.: American Ssociation on Mental.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC 20001-1512 : American Association on Mental Retardation.
- Schunk, D. H. (1997). *Teorías del aprendizaje*. México: Cámara Nacional de la Industria Editorial.
- Siu., M. Y. (1996). *Herramientas para identificar problemas geriatricos, potencialmente remediabes*. Estados Unidos.: Am J med.
- Spengler, M. d., Egidi, L., & Craveri, A. M. (25 de 10 de 2015). *EL NUEVO PAPEL DEL DOCENTE UNIVERSITARIO: EL*. Obtenido de <http://www.lamolina.edu.pe/innovacioneducativa/images/files/RoI%20del%20Odocente.PDF>

- Tejedor, F. J., & Muñoz, A. G. (2006). Causas el bajo rendimiento del estudiante universitario (en opinión de profesores y alumnos). Propuestas de mejora en el marcodel EEES. *Revista de Educación*, 443-473.
- Tocas, E. (26 de 10 de 2015). *EL EDUCADOR DEL NUEVO MILENIO*. Obtenido de <http://etocas.blogspot.com/2009/10/nuevo-rol-del-docente-universitario.html>
- Tonimartel. (2012). *Eugenesia*. Alemania: Wordpress.
- Vanguardia, L. (6 de 01 de 2001). "Médico de familia y asesino en serie". *La Vanguardia*, pág. 19.
- Vargas, G. M. (2007). FACTORES ASOCIADOS AL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, UNA REFLEXIÓN DESDE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICA. *Revista Educación*, 63.
- Vera, M. (2013). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos.*, 284-290.
- Viguera, V. d. (2001). *Educación para el envejecimiento*. Argentina: Psicomundo.
- Von Roehrich Sierra, P. (2016). *La Tanatología y el Dolor*. Mexico: INCMNSZ Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Subirán.
- Vries, W. d. (2005). *Calidad, eficiencia y evaluación de la Educación Superior*. España: Cristiana Seco.

Esta es la portada del
Protocolo de Atención Educativa Geriátrica



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EDUCATIVA GERIÁTRICA



Elaboración del Protocolo de Atención Educativa Geriátrica:

Este protocolo y su contenido es patrimonio de la

Autora: Psicóloga Gladys Aracely Enríquez Ortiz. PEMP.
USAC.

Coactora: M.Sc. Bertha Melanie Girard Luna. Asesora Directora de
Escuela de Estudios de Postgrado. Escuela de Ciencias Psicológicas.

A la memoria de mis abuelos.

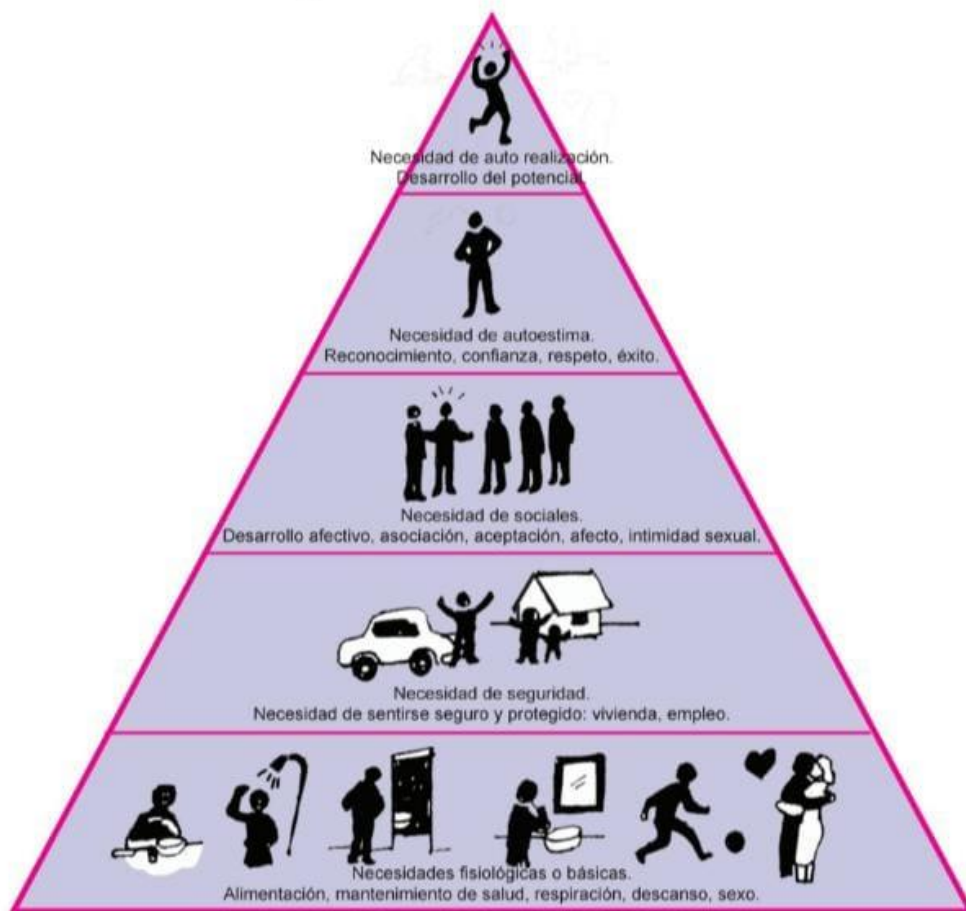
CONSIDERACIONES PARA LA CAPACITACIÓN



Conocer que es la vejez:

Una de las etapas de la vida del ser humano es la vejez, la cual comprende a partir de los 60 años hasta el fallecimiento, en esta etapa las personas experimentan cambios físicos psicológicos y emocionales, que pueden manifestarse en la disminución de la fuerza física, baja de la actividad intelectual, perdida del interés y del sentido de vida, lo que provoca modificación del carácter, por tal razón es importante la **HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO** para dar una atención de calidad a la persona mayor, satisfaciendo las siguientes necesidades.

La pirámide de MASLOW



REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN SU CAPACITACIÓN



En toda institución de atención a personas mayores participan muchas personas con diferentes profesiones u oficios siendo muy importante que **cada quien tiene que realizar las actividades para las que esta capacitado.**



MOTIVACIÓN PARA LA SATISFACCIÓN LABORAL



¿Sabías que?

Trabajar es importante para el desarrollo personal y social de todo individuo así mismo favorece la relación familiar, la comunicación y la relación afectiva. En el trabajo tanto servidores como usuarios muestran una actitud relajada, adaptable y natural, cuando la persona que presta el servicio se encuentra capacitada para la realización de sus actividades laborales esto también favorece a la persona que recibe el servicio creándose un ambiente seguro y agradable para quien da y recibe.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

Una de las actividades importantes que proporciona seguridad a la persona mayor es el conocimiento que el cuidador tiene sobre la administración de medicamentos.

- **Tener conocimiento del medicamento:**

Mínimo saber que reacción puede causarle el efecto del medicamento.

- **Realizar actualizaciones en las tarjetas, cada vez que surjan cambios en las ordenes médicas:**

Saber hacer la transcripción de órdenes médicas, anotaciones en kardex (anexo 1), tiquets de medicamentos correspondientes a la vía de administración. (anexo 2, 3 y 4) y anotaciones correspondientes en hoja de control de medicamentos (anexo 5).



PRINCIPAL ALTERNATIVA A LA EUTANASIA:

Ante este tema es de gran importancia conocer que es la medicina paliativa que se debe utilizar para no llegar a la comisión de un delito (ASESINATO).

El objetivo principal de la medicina paliativa es mejorar la calidad de vida que se le brinda a la persona que se encuentra en proceso de muerte, por lo que se debe de actuar tomando en cuenta la humanización de la muerte lo que se logra a través de:

- a. Expresar apoyo a la persona mayor.
- b. Mejorar el trato y los cuidados.
- c. No abandonarlo permanecer a su lado, turnándose el cuidador, el médico, la familia, su guía espiritual u otras personas que deseen apoyarlo.



Ocho estrategias para afrontar el duelo por la pérdida de un ser querido

- 1** Habla sobre la muerte de tu ser querido con amigos. Esto puede ayudarte a comprender qué ha sucedido, además de ayudarte a recordar a tu amigo o familiar.
- 2** Haz ejercicio, come bien y descansa.
- 3** Ayuda a otros que estén atravesando por una situación como la tuya te sentirás mejor.
- 4** Acepta tus sentimientos y considera válidas todas tus emociones, siente cada una de ellas sin luchar por cambiarlas.
- 5** Respeta tu sufrimiento. No te castigues imponiéndote obligaciones, recuerda que tienes derecho a llorar y sentirte mal.
- 6** Habla sobre la muerte de tu ser querido. Negarte que ocurrió la muerte de tu ser querido te lleva al aislamiento fácilmente.
- 7** Rememora y celebra la vida de tu ser querido.
- 8** Recuerda que el duelo es un proceso.

www.psiqueduelo.com



Perfil del cuidador de la PERSONA MAYOR

- ✓ Contar con la capacidad para enfrentar las diferentes reacciones que provoca el cuidado de la persona mayor, tal y como pensar que ella misma va a llegar a esa edad.
- ✓ Tener la capacidad de ver a la persona mayor como alguien que se ha ganado un lugar de honor y respeto, que generosamente puede compartir su sabiduría con los jóvenes.
- ✓ Tener conciencia de que las personas mayores son un grupo en desventaja de nuestra sociedad.
- ✓ Contar con la capacidad de estimular a la persona mayor de cuidar de sí mismo el mayor tiempo posible siempre que esté en condiciones de hacerlo.
- ✓ Tener la capacidad para identificar problemas geriátricos potencialmente remediabiles tales como: vista deficiente, audición deficiente, movilidad deficiente de alguno de sus miembros, estado nutricional, incontinencia urinaria, pérdida de memoria, depresión y discapacidad física. (Siu., 1996) Tener conocimientos básicos de farmacología. (Por uso de medicamentos de la persona mayor).
- ✓ Conocer sobre el tema de tanatología.
- ✓ Valorizar la importancia de la influencia ambiental.
- ✓ Tener capacidad para administrar medicamentos con conocimiento y certeza.



Nombre del centro de atención de la persona mayor: _____

KARDEX

FECHA:	MEDICAMENTO	DOSIS	# VECES AL DÍA	MEDICO	RESPONSABLE

Nombre del paciente: _____ cama #: _____
 Expediente clínico: _____ Dieta: _____

1



Nombre del centro de atención de la persona mayor: _____

TIKET DE ADMINSTRACIÓN DE INYECCIONES

Nombre del paciente: _____

Número de cama: _____

Expediente clínico: _____

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	HORA

2

Nombre del centro de atención de la persona mayor: _____

TIKET DE TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____

Número de cama: _____

Expediente clínico: _____

FECHA	MEDICAMENTO	REGIÓN	HORA

3

Nombre del centro de atención de la persona mayor: _____

TIKET DE ADMINSTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

Nombre del paciente: _____

Número de cama: _____

Expediente clínico: _____

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	HORA

4



¿En qué consiste el envejecimiento?

Es un proceso natural que conlleva cambios no sólo de orden biológico sino psicológico y emocional, situación que debe ser atendida de forma integral en cada una de sus etapas, tanto a nivel familiar, comunitario y sobre todo en los centros de atención del adulto mayor.

Por las diversas circunstancias de vida en las que se encuentra esta población su mayoría son personas que han sido abandonados por sus familiares y presentan complicaciones de salud que requiere un tratamiento de abordaje interdisciplinario.

El envejecimiento es un “proceso dinámico, gradual, natural e inevitable en el que se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por éste (...), si bien todos los fenómenos del envejecimiento acontecen en todas las personas, no se envejece de igual manera, ni tampoco cada parte del organismo envejece al mismo tiempo”. (Viguera, 2001). Las personas adultas mayores son pilar fundamental en la estructura social, política, económica y cultural de Guatemala, por lo que es indispensable atender dignamente sus necesidades básicas, de acuerdo con la etapa de vida de cada persona. Se dice que : Anciano-joven es aquel que se encuentra entre 60-75 años. Generalmente son adultos mayores sanos, vigorosos y bien integrados socialmente.

El Anciano-anciano mayor de 75 años, en su mayoría son adultos mayores con algunos déficits físicos, cognitivos y sociales. También se reconoce al Anciano-muy anciano mayor de 85 años, en este grupo etario se encuentran los adultos muy mayores que dependen de otros para casi todo.

En la etapa del desarrollo del adulto mayor es importante mencionar que se presentan cambios fisiológicos drásticos, en esta etapa pueden presentarse enfermedades de curso crónico que deben ser abordados de forma integral, lo cual implica la participación de un equipo de profesionales de especialidades.

Este equipo se refiere al recurso humano capacitado y especializado en el tema geronto-geriátrico, que brinda atención a las personas adultas mayores con un amplio sentido humano y profesional: médico geriatra, dietista geriátrico, gerontólogo clínico, odontogeriatra, enfermera, psicogerontólogo, trabajadora social, técnicos y/o profesores de actividades físicas y manuales, personal de cocina, entre otros.

Es importante mencionar que el envejecimiento es un “proceso dinámico, gradual, natural e inevitable en el que se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por éste, i bien todos los fenómenos del envejecimiento acontecen en todas las personas, no se envejece de igual manera, ni tampoco cada parte del organismo envejece al mismo tiempo”. (Viguera, 2001)

El envejecimiento es un proceso universal con cambios fisiológicos relacionados con la edad, se presentan signos y síntomas de

enfermedades. El instituto Nacional de Personas de la Tercera Edad de México indica que en esta etapa de la vida: La diversidad de enfermedades propias de la vejez ofrece muchos problemas de diagnóstico y tratamiento, particularmente cuando se plantea la necesidad de diversos abordajes terapéuticos, los cuales están asociados con múltiples posibilidades farmacológicas. Los órganos están formados por una variedad de tejidos y estos por una variedad de células y elementos extra-celulares; cada uno de estos órganos envejece a su propia velocidad, el grado de deterioro varía de acuerdo con el tipo celular. Con la edad suelen presentarse cambios en el patrón de la marcha, tales como inestabilidad, ensanchamiento de la base de apoyo, paso lento, postura encorvada, disminución de la movilidad de los brazos. Esto puede ocasionar caídas con graves consecuencias en las personas adultas mayores. La disminución de la masa corporal magra (sarcopenia) lleva a la pérdida de la fuerza muscular constituyendo una muestra inequívoca de envejecimiento, paralelo a esto se observa aumento en la distribución de la grasa, descenso del contenido de agua, disminución de células y reducción mineral del hueso. INAPAM (2005). Esta misma institución refiere que a nivel psicosocial “la manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varias causas, están involucrados factores sociales, psicológicos, ecológicos y biológicos. Se debe entender a la persona adulta mayor en el marco de un contexto sociocultural, antropológico, familiar, económico y jurídico en un momento histórico determinado y con una historia de vida personal.

Esta situación se aprecia con mucha claridad en Guatemala puesto que los pueblos indígenas en su diversidad cultural, dan un trato muy especial a sus adultos mayores, quienes son valorados y estimados sobremanera. Sin embargo esta no es una conducta generalizada dentro de la sociedad guatemalteca no indígena, en donde se observa una conducta totalmente contraria, lo que da lugar al abandono de los adultos mayores, quienes se ven obligados a mendigar en las calles o bien son internados permanentemente en centros de atención del adulto mayor del estatales y/o privados y en hospitales.

El ser humano es un sistema abierto en interacción constante con su entorno. Por tanto, a pesar de algunas constantes, las consecuencias del envejecimiento serán diferentes de un individuo a otro en función de su herencia, de su historia personal, de su contexto de vida. Es por ello que es importante tener en cuenta que es un ser psico biosocial y que las consecuencias del envejecimiento deben ser abordadas en todas esas dimensiones que interfieren entre sí.

En diversos textos sobre la tercera edad se reconocen dos tipos de envejecimiento que hacen referencia al envejecimiento biológico y al envejecimiento provocado por aspectos puramente externos y de contexto, se conocen como: Envejecimiento Primario en donde se presentan Cambios universales e irreversibles que ocurren como resultado de nuestra programación genética y por el paso del tiempo y el Envejecimiento Secundario en donde se presentan cambios provocados por enfermedades y hábitos de salud, y que pueden ser evitables (Hansen, 2003). Desde la comprensión de esta tipología de envejecimiento, se considera prioritario formar y capacitar al recurso

humano que trabaja como cuidadores en los centros de atención del adulto mayor, para lograr un envejecimiento exitoso. Se dice que “la madurez y la vejez llevan psicosocialmente a una lenta retirada de la persona mayor. El motor de esa retirada puede ser la propia persona, pero también su entorno. La retirada no necesita ser uniforme y paralela en todos los entornos. El posible desequilibrio puede salvarse por un nuevo cambio en las relaciones y en el entorno. Con frecuencia, la sociedad valora positivamente este proceso, considerándolo como un hecho biológico natural, por ejemplo, cuando las personas mayores deben ceder su puesto de trabajo a los jóvenes”. (Izquierdo, 2005) .

Es evidente que para la movilización de los recursos con los que cuentan las personas de la tercera edad se requiere de apoyo familiar y comunitario en primer orden, sin embargo en el caso de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados es indispensable contar con apoyo multidisciplinario y en cuanto a los cuidadores, éste debe ser un recurso humano formado y capacitado específicamente en programas de educación geriátrica, con la finalidad de proveer un servicio digno y de calidad acorde a sus necesidades tanto de orden biológico y fisiológico propias de su edad, así como en el área emocional, psicológica y espiritual.

Por todo ello es prioritario orientar a los y las profesionales, técnicos(as) y cuidadores, sobre las mejores prácticas de cuidado del Adulto Mayor, para que de acuerdo a las condiciones de salud y a las necesidades del adulto mayor, se planifiquen actividades para recuperar y/o mantener las capacidades que aún conserva, y evitar que llegue a la dependencia absoluta.

En la atención del adulto mayor las personas responsables de su cuidado deben poseer conocimiento sobre el proceso de envejecimiento para comprender las necesidades que se presentan en esta etapa de la vida y brindar un trato digno y con calidad a la población que atienden. Por lo que es necesario formar y capacitar en el proceso de envejecimiento.

Por otra parte, hoy día se habla del envejecimiento exitoso. Existe una serie de teorías descriptivas del proceso de envejecimiento que hacen referencia más a la pérdida de las capacidades, sin embargo Havighurst, Neugarten y Tobin (1964) afirman que el envejecimiento óptimo va unido a un estilo de vida activo continuado. “Las personas mayores deben prolongar todo lo posible sus actividades acostumbradas y buscar nuevas alternativas para aquellas otras que deban interrumpir por mandato de la edad”. (Izquierdo, 2005).

El postulado básico de la teoría del envejecimiento óptimo es: “la madurez y la vejez llevan psicosocialmente a una lenta retirada de la persona mayor. El motor de esa retirada puede ser la propia persona, pero también su entorno. La retirada no necesita ser uniforme y paralela en todos los entornos. El posible desequilibrio puede salvarse por un nuevo cambio en las relaciones y en el entorno. Con frecuencia, la sociedad valora positivamente este proceso, considerándolo como un hecho biológico natural, por ejemplo, cuando las personas mayores deben ceder su puesto de trabajo a los jóvenes”. (Izquierdo, 2005) Asimismo, este autor plantea que vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla, según las nuevas exigencias de la

edad. Rige para ello el principio de que las capacidades descienden, por lo regular, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que pueden ser movilizados. Existen para ello estrategias, ejercicios y aprendizajes muy valiosos, eso sí, siempre sometidos a las limitaciones de la edad.

Es evidente que para la movilización de los recursos con los que cuentan las personas de la tercera edad, requieren de apoyo familiar y comunitario en primer orden, en el caso de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados es indispensable contar con apoyo multidisciplinario y en cuanto a los cuidadores, éste debe ser un recurso humano formado y capacitado específicamente en programas de educación geriátrica, con la finalidad de proveer un servicio digno y de calidad acorde a sus necesidades tanto de orden biológico y fisiológico propias de su edad, así como en el área emocional y psicológica. Es recomendable establecer una hoja de ruta para la atención integral de salud de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de atención con el objetivo de lograr: 1. Implementar el enfoque Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor en un contexto de adecuación a su realidad social, económica y cultural. 2. Promover la salud y prevención de la enfermedad en el adulto mayor con la participación de la familia y comunidad. 3. Adoptar la Valoración geriátrica de los cuidados esenciales para la persona adulta mayor Mejorar la calidad de servicio a los adultos mayores por parte de los cuidadores de los centros de atención.

En el cuidado del adulto mayor es importante recordar que la relación que establece cuidador – persona adulta mayor exige una preparación física, mental, emocional, espiritual y social del cuidador, ya que son personas que realizan un trabajo a veces agotador, pues mantienen un estado de alerta constante, comunicación permanente y agilidad para resolver las diversas situaciones que preocupan a la persona adulta mayor. Muchos cuidadores sacrifican su vida personal, familiar y afectiva por el ritmo de trabajo que tienen y con frecuencia terminan con alteraciones de su salud. (Lara, 2011). Esto obliga a dar apoyo emocional y psicológico a personal profesional, técnico y cuidadores con el propósito de mantener una excelente actitud de servicio, optimismo, motivación

Recomendaciones:

En la atención al adulto mayor es muy importante que los profesionales, técnicos y cuidadores realicen sus actividades acorde a su formación y capacitación brindando un servicio de calidad en un clima de cordialidad y comprensión.

Recuerde y ponga en práctica todos los días lo siguiente:

- Llame a la persona adulta mayor por su nombre, para ganarse la confianza y mantener buena relación, utilice el nombre de ella, con respeto.
- No se le ocurra llamarlo nunca “abuelito, papito o viejita”. (INAPAM, 2005) Generalmente éstas que a usted le parecen expresiones de cariño, a las persona adultas mayores les incomodan y desagrada mucho este trato.

- Evite criticarlo y culparlo, la forma más segura de destruir la simpatía que la persona adulta mayor le tiene a usted, es haciéndole sentir mal por el comportamiento que tiene frente a su dependencia, al cuidado que recibe, a la tristeza, al mal genio, a la soledad. Siempre trate de comprenderlo y de ponerse en el lugar de la persona adulta mayor. ¿Cómo se sentiría usted si tuviera esa edad, y las limitaciones que tienen ellas?
- No grite para hacerse entender, más bien háblele despacio, en forma clara, pronunciando bien las palabras de modo que la persona adulta mayor le entienda y sienta que lo trata con respeto y afecto. Piense frecuentemente que él o ella ya no escucha con claridad y que tienen que hacer doble esfuerzo para entender lo que usted le explica.
- Asegúrese de que el adulto mayor comprenda lo que usted le dice, háblele con sencillez, no utilice frases largas o complejas que son difíciles de recordar.
- No use palabras amenazadoras o de desprecio como por ejemplo: “es inútil y no ayuda en nada”. Recuerde que frases como ésta, impactan fuertemente en sus emociones produciéndole tristeza y desánimo.
- Mírelo directamente a la cara cuando hable y mantenga contacto visual, ésta actitud del cuidador le indicará a la persona adulta mayor que demuestra interés y que le agrada escucharla.
- Si usted, no tiene este buen comportamiento y se ocupa de otras actividades mientras él o ella le hablan, despertará en la persona adulta mayor un sentimiento de rechazo o de indiferencia

- Es conveniente realizar una valoración global del estado general de salud del adulto mayor y establecer factores de riesgo que pueden ser modificados para beneficio, a través de: “Valoración Geriátrica Integral” en la que se cuantifican las cuatro esferas del ser humano: clínica, mental, funcional y social.

La Organización Mundial de la Salud (2015) indica que es conveniente realizar:

Realizar una Valoración física: Valoración antropométrica en la que se tome en cuenta:

CAMBIOS EN LA VISIÓN: Disminuye la visión nocturna, la distinción de colores (azul, verde, violeta). Disminuye la producción de lágrimas. Disminuye la capacidad para distinguir objetos pequeños (botones, números telefónicos, etc.). Incrementa la sensibilidad al resplandor, brillo. Disminuye capacidad para adaptarse a cambios en cantidad de luz. Aumenta riesgo de caídas.

CAMBIOS AUDITIVOS: Disminuye la capacidad de distinguir sonidos. Disminuye la audición.

CAMBIOS EN EL GUSTO Y OLFATO: Disminuye la capacidad para sentir el sabor. Disminuye el sentido del olfato. Todo esto aumenta el riesgo de una nutrición deficiente.

CAMBIOS EN LA PIEL: Se presenta una disminución de la capacidad para sentir y diferenciar el frío y el calor. Pérdida de elasticidad de la piel (se arruga la piel). Disminuye la sudoración. Uñas quebradizas- gruesas. El pelo se vuelve cano (blanco).

CAMBIOS EN LOS SISTEMAS MUSCOLO-ESQUELETICO: Disminuye el calcio de los huesos. Aumenta el riesgo de osteoporosis (pérdida de hueso). Disminuye la masa y la fuerza

muscular. Disminuye la movilidad de las articulaciones.
Incrementa el riesgo de enfermedades articulares.

VALORACION NUTRICIONAL Es importante valorar no sólo los datos de peso y talla, sino además investigar sobre:

ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL: Dientes faltantes, flojos o deteriorados y dentaduras que no se ajustan bien y/o causan lesiones en la boca, o producen dificultad para comer.

ENFERMEDAD: Cualquier enfermedad o condición crónica que cambie la manera en que la persona se alimenta o hace que se alimente con dificultad, pone la salud nutricional del adulto mayor en riesgo.

ALIMENTACIÓN INADECUADA: El comer muy poco o comer mucho es peligroso para la salud. Comer los mismos alimentos, día tras día, o no comer frutas, vegetales o productos lácteos también es causa de mala salud nutricional.

SITUACIÓN ECONÓMICA: La persona que no tiene los ingresos mínimos necesarios para la compra de alimentos básicos posiblemente esté en alto riesgo de desnutrición.

REDUCCIÓN DE CONTACTO SOCIAL: La persona que vive sola no tiene el incentivo familiar o social para invertir esfuerzo en una buena alimentación.

EXCESIVO CONSUMO DE MEDICAMENTOS: Mientras mayor sea la cantidad de medicamentos que tome el paciente, mayor es el riesgo de presentar efectos secundarios como: cambios en el apetito, gusto, estreñimiento, debilidad, somnolencia, diarrea, náuseas y otros.

VALORACIÓN FUNCIONAL: Para estimar la capacidad funcional es conveniente preguntar por las actividades realizadas en el mismo día, tales como:

a) ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA:

Bañarse, vestirse, usar el inodoro, Movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia, alimentarse, bañarse y vestirse.

b) MARCHA Y EQUILIBRIO:

Movilidad: Capacidad de las personas de edad para preservar su funcionalidad depende en buena medida de su motricidad.

Equilibrio: Una evaluación clínica de la marcha debe incluir la observación del equilibrio. Para los pacientes que ya no son ambulatorios puede ser útil observar su capacidad para efectuar transferencias de la cama al sillón o al servicio sanitario observar su estabilidad en la posición de sentados.

Marcha: La marcha requiere para ejecutarse de: integridad articular y coordinación neuromuscular. Integridad de las aferencias propioceptivas visuales y vestibulares.

c) INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA , aquí debe valorarse la capacidad de: Uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de fármacos y capacidad para realizar las tareas domésticas.

Finalmente es prioritario TOMAR EN CUENTA:

- ✓ Que las personas adultas mayores de mejor nivel educacional, tienen tendencia a la estabilidad de su personalidad, siempre y cuando tenga buena salud.
- ✓ Que los cambios que se presentan con la edad se deben a una respuesta a las nuevas situaciones que le toca vivir como son: disminución de responsabilidades, mayor disponibilidad de tiempo y disminución de actividades funcionales.

- ✓ Que uno de los sentimientos más generalizados en esta etapa del ciclo vital es la soledad, convirtiéndose para muchas personas adultas mayores en un riesgo personal y un problema de salud.
- ✓ Que varias pérdidas afectivas como: la del cónyuge, de amistades, familiares, económicas o de la salud crean este sentimiento de soledad.
- ✓ Que en las personas adultas mayores se produce un sufrimiento caracterizado por sentimientos de abandono, desolación, insatisfacción, angustia y depresión.
- ✓ Que el medio físico que rodea a las personas adultas mayores, generalmente no está adaptado a sus necesidades y que los cuidadores deberían proporcionar medidas de seguridad que le darán confianza. Que el transporte y el tráfico tensionan y los aíslan (Lara, 2011)

5. ¿Qué Piensa usted de la muerte?

6. En la escala de 1 a 10 cuanto dolor le causa la perdida de la persona mayor que usted atiende:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

7. Si la persona mayor es su familiar cuanto dolor le causa la muerte de esta persona, midiendo el dolor en la escala de 1 a 10:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

8. Cree usted que los cuidados que brinda a una persona mayor deben ser diferentes si se trata de un familiar o de un paciente que usted atiende, en determinada institución:

Sí No

9. ¿Considera que el grupo de personas adultas que usted atiende, deben de gozar de mejores privilegios que otros grupos de la sociedad guatemalteca?

Sí No

10. ¿Considera usted estar debidamente capacitado para atender a este grupo de personas?

Sí No

11. ¿Cada cuánto tiempo recibe capacitaciones para estar actualizado en técnicas de manejo y tratamiento de las personas mayores?

12. ¿Existe algún tema que le gustaría que le reforzaran para mejorar la atención que presta a las personas mayores?

Sí No

¿Cuál?_____.

13. ¿Si tuviera la oportunidad de elegir; cambiaría su trabajo para realizar otra actividad laboral?

Sí No

14. ¿Qué entiende por el término “Humanización del cuidado”?

15. Su conocimiento en farmacología (administración de medicamentos) utilizados para el tratamiento de las personas mayores, en una escala de 1 al 10 en qué lugar usted se sitúa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Gracias por su atención.

DECRETO NÚMERO 80-96

El Congreso de la República de Guatemala,

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de la República de Guatemala, en su Artículo 51, protección a menores y ancianos, declara: El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos, Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social;

CONSIDERANDO:

Que dentro de las metas del Estado para alcanzar la equidad obligan a adoptar al grupo de personas mayores como uno de los grupos objetivo para las políticas de focalización con el fin de mejorar sus condiciones de vida;

CONSIDERANDO:

Que la atención que convencionalmente se presta a los problemas de salud y bienestar del anciano no permite alcanzar el objetivo de preservación de su nivel funcional, para lo cual se requiere cambios en la perspectiva de las instituciones de atención a la salud y de formación de recursos humanos que permita a la brevedad el desarrollo de un modelo de cuidados progresivos de atención a la salud;

CONSIDERANDO:

Que las personas de la tercera edad son un recurso valioso para la sociedad, por lo que se deben tomar las medidas apropiadas para lograr el mejor

aprovechamiento de sus capacidades, mediante el desempeño de roles que le produzcan satisfacción personal e ingresos económicos para garantizar su seguridad económica y social, y lograr que continúen participando en el desarrollo del país,

POR TANTO,

En uso de las atribuciones que le confiere el Artículo 171 inciso a) de la Constitución Política de la República de Guatemala,

DECRETA:

La siguiente

LEY DE PROTECCIÓN PARA LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

CAPITULO I

Disposiciones Fundamentales

ARTICULO 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto y finalidad tutelar los intereses de las personas de la tercera edad, que el Estado garantice y promueva el derecho de los ancianos a un nivel de vida adecuado en condiciones que les ofrezcan educación, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica y gerontológica integral, recreación y esparcimiento, y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y digna.

ARTICULO 2. Interpretación. La presente ley deberá interpretarse siempre en interés de las personas de la tercera edad, de acuerdo a los principios que la

misma establece como ley de Orden Público, por consiguiente tiene prevalencia sobre otras leyes en materia de su especialidad.

ARTICULO 3. Definición. Para los efectos de la presente Ley, se define como de la tercera edad o anciano, a toda persona de cualquier sexo, religión, raza o color que tenga 60 años o más de edad. Se consideran ancianos en condiciones de vulnerabilidad aquellos que careciendo de protección adecuada, sufran o estén expuestos a sufrir desviaciones o trastornos en su estado físico o mental y los que se encuentren en situación de riesgo.

ARTICULO 4. Beneficiarios. Todos los ancianos guatemaltecos son beneficiarios de la presente ley, de conformidad a lo que establece la Constitución Política de la República de Guatemala, sin distinciones de ninguna naturaleza, por credo político o religioso, etnia o condición social.

ARTICULO 5. Ámbito de aplicación. Las disposiciones que establece la presente ley protegen y serán aplicadas a todas las personas de la tercera edad, en todo el territorio nacional de la República de Guatemala.

CAPITULO II

Derechos y Obligaciones

ARTICULO 6. Toda persona de la tercera edad tiene derecho a que se le de participación en el proceso de desarrollo del país y a gozar de sus beneficios,

ARTICULO 7. Se declara de interés nacional, el apoyo y protección a la población de la tercera edad, Para gozar de los derechos y beneficios contenidos en esta ley, la persona de la tercera edad, deberá inscribirse en el registro respectivo en las Gobernaciones Departamentales, presentando sus documentos de identidad, donde se le extenderá un carnet con la identificación del beneficiado en el que se consignará el número de cédula, tipo de sangre y la fecha, El carnet respectivo

será extendido sin costo alguno y servirá para identificar al portador, La inscripción a que se refiere este artículo, es potestativa de la persona de la tercera edad, consecuentemente no es obligatoria, En el reglamento específico se determinará lo relativo a la inscripción,

ARTICULO 8. El Estado y sus instituciones deberán contribuir a la realización del bienestar social satisfactorio de las personas de la tercera edad, quienes tienen derecho de recibir la protección del Estado que deberá cumplir con lo siguiente:

- a) Creará mecanismos institucionales de previsión social para garantizar su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad, vivienda, recreación, esparcimiento y trabajo.
- b) Fomentar, garantizar y fortalecer el funcionamiento de Instituciones gubernamentales y no gubernamentales que realicen actividades de atención a la persona anciana.
- c) Velar porque las personas ancianas indigentes, que carezcan de familia o que se encuentren abandonadas, sean ubicadas en hogares estatales o privados, que funcionen de conformidad con el reglamento específico de esta ley.
- d) Promover la formación de agrupaciones, cooperativas, clubes de servicio y pequeña empresa, facilitándoles el trámite administrativo y créditos para el trabajo.

CAPITULO III

Régimen Social

FAMILIA:

ARTICULO 9. Es obligación de los parientes asistir y proteger al anciano en el siguiente orden: el Cónyuge, y seguidamente en el orden de aproximación de grados de ley descendentes, deberá de dársele el lugar que le corresponde en el

seno familiar. La asistencia a las personas de la Tercera edad deberá prestársele en el seno familiar.

ARTICULO 10. Toda persona tutelada por esta ley, podrá iniciar juicio por alimentos ante tribunal competente, con el procedimiento específico que la ley vigente señala, o en su defecto denunciar ante el Ministerio Público, en la sección correspondiente, La reclamación, podrá hacerse contra el cónyuge o los parientes en el orden de grados señalados por la ley.

ARTICULO 11. Las personas ancianas que sean objeto de malos tratos, ofensas, humillaciones o lesiones, tendrán derecho a solicitar protección ante juez competente contra el o los responsables de los mismos. Actuaciones a las cuales la autoridad les dará prioridad.

ARTICULO 12. El Procurador de los Derechos Humanos, aportará cuando sea necesario, antecedentes del caso, si los hubiere, cuando les sean solicitados por cualquier autoridad que conozca.

SALUD:

ARTICULO 13.* Un derecho fundamental de la vejez es el de tener buena salud, por lo que tienen derecho de tener asistencia médica, preventiva, curativa y de rehabilitación oportuna, necesaria y adecuada a su edad y requerimientos, por lo que quedan obligados a prestar en forma gratuita el tratamiento necesario para cada caso, los hospitales nacionales; los de seguridad social de conformidad con el Artículo 115 de la Constitución.

* Texto Original

* Reformado por el Artículo 1 del Decreto Número 2-97 del Congreso de la República

ARTICULO 14. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Universidades del país los establecimientos de Educación Pública y Privada y cualquier otra organización de salud, fomentarán las investigación y estudio de la población senescente, para tomar las medidas de prevención y emitir normas de atención actualizada a nivel nacional.

ARTICULO 15. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por conducto de sus dependencias, en coordinación con otros organismos, desarrollará acciones que tiendan a proteger a los ancianos, así como a fortalecer su auto estima a efecto se mantengan dentro del sistema de producción, conforme a programas y reglamentos que para el efecto se emitan.

ARTICULO 16. El Estado, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deberá desarrollar programas especiales de educación nutricional, salud bucal y salud mental del anciano en forma gratuita.

ARTICULO 17. El Estado promoverá por los medios a su alcance, que el anciano obtenga una alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico, considerado en forma particular, según la norma dietética para la edad avanzada.

VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE

ARTICULO 18. El Estado promoverá a nivel público y privado, programas de vivienda en los que se considere al anciano como sujeto de crédito, y que en la planificación de complejos habitacionales se tomen en cuenta las necesidades físicas y psicológicas de las personas de la tercera edad para su vida física y social en ambientes sanos y adecuados a su realidad económica.

ARTICULO 19. El Estado promoverá la creación de albergues temporales para cuando el anciano lo necesite, o bien creará los asilos necesarios, los cuales será gratuitos y cuya responsabilidad estará a cargo de la Gobernación Departamental y de las municipalidades donde sean ubicados.

EDUCACION

ARTICULO 20. Toda persona de la tercera edad, debe tener acceso a la educación formal e informal sin que la edad sea un limitante, con el objeto de que siga cooperando con el desarrollo del país.

ARTICULO 21. En los pensum de las carreras socio-humanistas de las distintas Universidades del país, podrán incluirse temas geronto-geriátricos y las facultades de Medicina deberán dar apertura a post grados en la materia y los estudiantes ejercicio profesional supervisado EPS podrán realizarlo con agrupaciones de ancianos en comunidades o instituciones con población cerrada.

CAPITULO IV

Régimen de Seguridad y Previsión Social

TRABAJO:

ARTICULO 22. Toda persona en la tercera edad tiene el derecho a tener un ingreso económico seguro, mediante el acceso sin discriminación al trabajo, siempre y cuando la persona se encuentre en buen estado de salud, así como pensiones decorosas a su retiro, que le permitan un nivel de vida adecuado y a la satisfacción de sus necesidades mínimas.

ARTICULO 23. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social, vigilará porque los trabajadores del sector público y privado, cuando sean despedidos se contemple lo que establece el Código de Trabajo en materia de edades, a razón de no ser forzados a renunciar por motivo de edad, siempre y cuando se encuentre en buen estado de salud y, cuando así suceda, sea con la anuencia del trabajador y se le reconozcan las justas prestaciones que le corresponden.

ARTICULO 24.* El Ministerio de Trabajo y Previsión Social promoverá programas de reinserción laboral y capacitación empresarial a las personas de tercera edad, que su capacidad, funcionalidad y necesidad lo ameriten, dándole preferencia a los que no gocen de ningún beneficio.

* Texto Original

* Reformado por el Artículo 1 del Decreto Número 51-98 del Congreso de la República

ARTICULO 25. El Estado realizará estudios actuariales de la situación de la población jubilada y adoptará las medidas necesarias que se adecuen a la realidad, derivada de los ciclos económicos que afectan al país, para incrementar las prestaciones económicas sociales, que coadyuven a mejorar la calidad de vida de ese grupo poblacional.

SEGURIDAD SOCIAL

ARTICULO 26. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, deberá ampliar la cobertura de atención a particulares que deseen contribuir al régimen de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) a efecto de que gocen de sus beneficios, para lo cual se adecuarán a los reglamentos respectivos.

ARTICULO 27.* El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberán ampliar la cobertura de atención médica al interior del país, para que la mayoría de la población anciana que le corresponde atender, goce de buena salud.

* Texto Original

* Reformado por el Artículo 2 del Decreto Número 2-97 del Congreso de la República

ARTICULO 28.* El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, realizará estudios actuariales de la situación económica de las personas de tercera edad y ancianos, para mejorar en la medida de lo posible su calidad de vida.

* Texto Original

* Reformado por el Artículo 3 del Decreto Número 2-97 del Congreso de la República

ARTICULO 29. Las municipalidades del país deberán promover la eliminación de las barreras arquitectónicas, para que las personas ancianas, especialmente las que sufren de discapacidades físicas, puedan movilizarse sin dificultad.

ARTICULO 30.* Las personas de la tercera edad gozarán de un porcentaje de exoneración en el consumo doméstico, de energía eléctrica, agua potable y demás servicios esenciales, cuando comprueben por medio de estudios socioeconómicos que éstos los cubren con su propio peculio, y además gozarán de los siguientes beneficios:

- a) Recreación gratuita, en los Centros del Estado. Quedan obligados los Centros de Recreación del Estado a permitir el ingreso en forma gratuita a los ancianos.
- b) Establecer convenios con la iniciativa privada a efecto que los ancianos gocen de descuentos especiales en un 25% en compra de medicinas, transporte, hospedaje, alimentación, ingreso a centros culturales y turísticos, así como a los artículos de la canasta básica.
- c) El pago del transporte municipal y el boleto de ornato, será exonerado totalmente para los ancianos.

d) Se establece como prestación social a los ancianos, la facilitación gratuita del transporte colectivo.

e) Los ancianos tendrán trato preferencial cuando realicen gestiones personales ante las dependencias del Estado, entidades autónomas y descentralizadas así como las del sector privado.

* Texto Original

* Reformado el inciso a) por el Artículo 4 del Decreto Número 2-97 del Congreso de la República

ARTICULO 31. En caso de desamparo o abandono, corresponde al Estado promover la atención de las personas de la tercera edad, ya sea en forma directa o por medio de instituciones establecidas o creadas para el efecto, tales como asilos o casas de asistencia social.

Se considera una persona de la tercera edad en situación de abandono, cuando:

a) Carezca de medios de subsistencia;

b) Se vea privado de alimento o de las atenciones que requiere su salud,

c) No disponga de una habitación cierta;

d) Se vea habitualmente privado del afecto o del cuidado de sus hijos o familiares dentro de los grados de ley;

e) Sea objeto de malos tratos físicos o mentales, graves o habituales, por familiares o terceras personas;

f) Se encuentre en otras circunstancias de desamparo que lleven a la convicción de que se encuentra en situación de abandono. La situación de abandono será declarada por Tribunal de Familia, a través del procedimiento de los incidentes establecidos en la Ley del Organismo Judicial.

CAPITULO V Órganos de Aplicación y Vigilancia

ARTICULO 32.* Se crea el Comité Nacional de Protección a la Vejez, que se podrá abreviar CONAPROV; estará adscrito en todas sus funciones a la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente – SOSEP- o a la entidad que la sustituya.

La secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente y el CONAPROV estarán encargados de promover, impulsar, coordinar, realizar y orientar programas y acciones relativas al bienestar y seguridad de las personas de edad avanzada por medio del Programa Nacional de la Ancianidad

* Texto Original

* Reformado por el Artículo 5 del Decreto Número 2-97 del Congreso de la República

* Reformado por el Artículo 2 del Decreto Número 51-98 del Congreso de la República

ARTICULO 33.* El Comité Nacional de Protección a la Vejez, contará con una Junta Directiva conformada por ocho miembros titulares de los cuales dos serán electos en Asamblea General de CONAPROV y los otros seis miembros serán representantes de las siguientes instituciones:

a) Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente;

b) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social;

c) Ministerio de Trabajo y Previsión Social;

d) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;

e) Procuraduría de Derechos Humanos;

Procuraduría General de la Nación.

* Texto Original

* Reformado por el Artículo 3 del Decreto Número 51-98 del Congreso de la República

ARTICULO 34.* El CONAPROV tendrá a su cargo, en coordinación con las entidades públicas, autónomas y privadas competentes, la aplicación y cumplimiento de las disposiciones contempladas en la presente ley, bajo el control y supervisión de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente – SOSEP-,
y para el efecto tendrá las facultades siguientes:

a) Crear, proponer y promover políticas de tercera edad a nivel nacional;

b) Capacitación a personas individuales y jurídicas en el orden de demanda y prioridad.

c) Emitir el Carnet de las personas de la Tercera Edad, de conformidad con el artículo 7 de esta ley, respetando los lineamientos establecidos en el reglamento.

Para su validez, cada carnet de identificación deberá llevar el visto bueno de la
Secretaría de Obras
Sociales de la Esposa del Presidente de la República, el cual será personal e
intransferible.

d) Investigar y tener información precisa y detallada de las condiciones de vida de
la población de edad avanzada. Proporcionar asesoría y cooperación con
instituciones que directa o indirectamente desarrollan
programas gerontológicos, coordinando sus actividades con el Programa Nacional
de la Ancianidad.

* Texto Original

* Reformado por el Artículo 4 del Decreto Número 51-98 del Congreso de la
República

ARTICULO 35.* El CONAPROV promoverá una mayor participación de entidades
y grupos voluntarios a fin de que las acciones dirigidas a desarrollar una mayor
conciencia y educación hacia la familia en general y a la persona de la tercera
edad en particular tengan el más profundo y amplio respaldo cívico. También
promoverá la organización de grupos voluntarios para colaborar con el desarrollo
de
programas de protección al anciano y su familia.

* Texto Original

* Reformado por el Artículo 5 del Decreto Número 51-98 del Congreso de la
República

CAPITULO VI

Sanciones

ARTICULO 36. Las instituciones, entidades o personas que negaren auxilio o
asistencia a personas de tercera edad, cuando pudieren hacerlo sin riesgo

personal, serán sancionadas de conformidad con lo establecido en el Código Penal.

ARTICULO 37. Las personas o instituciones que no cumplan con lo establecido en la presente ley, sean de la naturaleza que fueren, serán sancionados conforme la ley.

ARTICULO 38. Las personas obligadas a cuidar de un anciano, que le nieguen atención, alimentación, o habitación, que resultaren culpables de ocasionarle malos tratos, ofensas, humillaciones y lesiones, quien abandonare a un anciano con incapacidad para valerse por sí mismo que estuviere bajo su cuidado y custodia, quien maltrate y lesionare a persona anciana, en condición de desventaja, será sancionado conforme lo establece el Código Penal.

ARTICULO 39. Quien hurtare parte de su patrimonio, estafare, robare, despojare, usurpare, o se apropiare en forma indebida de las pertenencias o propiedades de un anciano, será sancionado conforme lo establece el Código Penal, aumentando la pena en una tercera parte.

CAPITULO VII

Disposiciones Finales y Vigencia

ARTICULO 40. El Consejo Nacional para la Protección de las Personas de la Tercera Edad, deberá estar integrado sesenta días después de entrar en vigencia la presente ley y, dentro de los treinta días siguientes a la integración del consejo, este deberá formular un Reglamento para el funcionamiento y ejecución de esta ley, el que deberá ser aprobado y emitido por el Organismo Ejecutivo, mediante Acuerdo Gubernativo.

ARTICULO 41. El presente decreto entrará en vigencia el uno de enero de mil novecientos noventa y siete.

Pase al Organismo Ejecutivo, para su Sanción, Promulgación y Publicación.

Dado en el Palacio del Organismo Legislativo, en la Ciudad de Guatemala, a los diecinueve días del mes de septiembre de mil novecientos noventa y seis.

CARLOS ALBERTO GARCIA REGAS

Presidente