



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“SÍNDROME DE DEPRIVACIÓN AUDITIVO Y VISUAL DEL ADULTO
MAYOR SEGÚN NIVEL SOCIO FAMILIAR, ATENDIDO EN LA MICRO
RED FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA-AREQUIPA 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: VENEGAS COAGUILA, MILAGROS CECILIA

AREQUIPA-PERÚ

2017

**“SÍNDROME DE DEPRIVACIÓN AUDITIVO Y VISUAL DEL ADULTO
MAYOR SEGÚN NIVEL SOCIO FAMILIAR, ATENDIDO EN LA MICRO
RED FRANCISCO BOLOGNESI, CAYMA-AREQUIPA 2014”**

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	
ABSTRAC	
ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	55
2.4. Hipótesis	56
2.5. Variables	56
2.5.1. Operacionalización de la variable	57

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	58
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	58
3.3. Población y muestra	59
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	59
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	60
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	61
CAPÍTULO V: DISCUSION	65
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar las características del Síndrome de la privación auditiva y visual en el adulto mayor según nivel socio familiar en la Micro Red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, 2014. Es una investigación descriptiva transversal, correlacional, se trabajó con una muestra de 300 adultos mayores, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario tipo Likert modificado de 23 ítems, organizado por las dimensiones: privación audio visual y nivel socio familiar. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,801); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,873). Estadísticamente quedó confirmado por la R de Pearson con un valor de (0,817) y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Los adultos mayores que tienen características del síndrome de privación auditiva visual severas tienen un nivel socio familiar de riesgo en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, los adultos mayores que tienen características del síndrome de privación auditiva visual Moderado tienen un nivel socio familiar de riesgo y los que tienen un nivel Leve tienen a su vez un buen nivel socio familiar. Estos resultados nos indican que ambas variables se relacionan. Confirmado estadísticamente por la R de Pearson con un valor de 0,831 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

PALABRAS CLAVES: *Síndrome de la privación auditiva y visual, adulto mayor, nivel socio familiar.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the characteristics of hearing and visual deprivation syndrome in the older adult according to the socio-familial level in the Micro Red Francisco Bolognesi district of Cayma Arequipa, 2014. It is a cross-sectional descriptive research, With a sample of 300 older adults, a 23-item modified Likert Questionnaire was used to collect the information, organized by the following dimensions: audio visual deprivation and family socio-level. The validity of the instrument was assessed using the concordance test Expert judgment obtaining a value of (0.801); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.873). Statistically confirmed by Pearson's R with a value of (0.817) and a novel value significance $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

Older adults with severe visual hearing loss characteristics have a socio-familial level of risk in the Francisco Bolognesi micro-network of the district of Cayma Arequipa, older adults who have characteristics of moderate visual hearing loss have a familial level And those with a mild level have a good family partner level. These results indicate that both variables are related. Statistically confirmed by Pearson's R with a value of 0.831 and a significance level of $p \text{ value} < 0.05$.

KEY WORDS: Auditory and visual deprivation syndrome, elderly, socio-familial level.

INTRODUCCIÓN

La población de ancianos o adultos mayores en el mundo ha crecido mayoritariamente en los últimos años por múltiples factores y trae consigo un incremento de necesidades en muchos aspectos de su vida no siempre resueltas favorablemente, como por ejemplo un deterioro biológico, mental y social cuyas consecuencias son las enfermedades físicas (agudas, crónicas y terminales) Alrededor de un 65% de las personas con la disminución visual y auditiva. Los mayores de 50 años, si bien este grupo de edad apenas representa un 20% de la población mundial con el creciente envejecimiento de la población en muchos países, irá aumentando también el número de personas que corren el riesgo de padecer una disminución visuales y auditivo asociadas a la edad según la OMS. LA Encuesta Nacional Continua (ENCO) del Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI en el 2006 la cual mostró resultados de que en las zonas urbanas hay un mayor número de adultos con disminución de visual y auditiva.

Envejecer en el Perú no significa solo el deterioro del cuerpo, sino también de los ingresos económicos pues en general, el 41.7% de la población de la tercera edad vive en la pobreza y se calcula que unas 363,800 personas mayores de 60 años encuentran en condiciones de extrema pobreza según el INEI (2005) asimismo el 35.4% no sabe leer ni escribir y tan solo el 4.48% de ellos alcanzo una formación superior universitaria

En el Perú actualmente, se encuentra con el grupo de países que están en transición demográfica plena y según el INEI (2001) la población de anciano se está constituida por una mayor proporción de mujeres con el 53% del total El 70% de mujeres ancianas viven en zona urbanas y el resto en las rurales

Siendo los departamentos con más ancianos: Lima 33.8%, la Libertad 60%, Piura 5.5% Puno, 5% y Cajamarca 4.9% .Se encuentran activos el 64.8% de hombres y el 35.2% de mujeres .el 30% es jubilado o pensionista, el 13.4% se encuentran enfermos o incapacitado y el 7% se considera discapacitado “proyecciones

oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirán al 11% de la población total y a 12.6% en el año 2025. En cifras absolutas, las personas en 60 años y más subirán de 1 848,000 en el año 2000 a 3 613 000 en el año 2020 y a 4 470 000 en el año 2025 (1)

CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación del síndrome de deprivación del adulto mayor veños el problema visual y auditivo. El aumento en el número de personas mayores, junto con el incremento de la esperanza de vida, llevan una mayor prevalencia de las denominadas como enfermedades edad-dependientes, que el propio envejecimiento morfo funcional actuará como factor pre disponente, siendo el déficit sensorial auditivo una de ellas, falta de homogeneidad en los diferentes estudios imposibilita tener un registro global sobre la incidencia y la prevalencia de la pérdida de audición. En todo caso, se ha mostrado una prevalencia muy variable, entre el 30 y el 70%. En los Estados Unidos, un tercio de las personas mayores entre 65 y 75 años, y hasta la mitad cuando nos referimos a los mayores de 75 años, muestran una pérdida de audición.

En el Perú actualmente, se encuentra con el grupo de países que están en transición demográfica plena y según el INEI (2001) la población de ancianos está constituida por una mayor proporción de mujeres con el 53% del total. El 70% de mujeres ancianas viven en zona urbanas y el resto en las rurales.

Siendo los departamentos con más ancianos: Lima 33.8%, la Libertad 60%, Piura 5.5% Puno, 5%y Cajamarca 4.9% .Se encuentran activos el 64.8% de hombres y el 35.2% de mujeres .el 30% es jubilado o pensionista, el 13.4% se encuentran enfermos o incapacitado y el 7%se considera discapacitado “proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirán al 11% de la población total y a 12.6% en el año 2025 E n cifras absolutas ,las personas en 60 años y más subirán de 1 848,000 en el año 2000 a 3613000 en el año 2020 y a 4470000 en el año 2025

Envejecer en el Perú no significa solo el deterioro del cuerpo, sino también de los ingresos económicos pues en general, el 41.7% de la población de la tercera edad vive en la pobreza y se calcula que unas 363,800 personas mayores de 60 años se encuentran en condiciones de extrema pobreza según el INEI (2005) asimismo el 35.4% no sabe leer ni escribir y tan solo el 4.48% de ellos alcanzo una formación superior universitaria

Donde se proyectará estrategia de mejorar en el adulto mayor una adecuada atención de cuidado del cuidador una gran tarea para realizar en este presente trabajo para ver la salud del paciente sobre todo en el adulto mayor (2,3)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cómo es el Síndrome de privación auditivo y visual en el adulto mayor según nivel socio familiar en la Micro Red de Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa 2014?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cómo es el síndrome de privación auditivo en el adulto mayor?

¿Cómo es el síndrome de privación visual en el adulto mayor?

¿Cómo son el nivel socio familia en el adulto mayor?

¿Cómo es el síndrome de privación auditivo y visual en el adulto mayor?

¿Cómo son el nivel socio familia en la de privación auditivo en el adulto mayor?

¿Cómo son el nivel socio familia en la de privación visual en el adulto mayor?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

Determinar las características del Síndrome de la privación auditiva y visual en el adulto mayor según nivel socio familiar en la Micro Red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, 2014.

1.3.2. Objetivo específico

- ❖ Determinar de privación auditiva y visual en el adulto mayor en la Micro Red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, 2014
- ❖ Determinar el nivel socio familiar en el adulto mayoren la Micro Red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, 2014

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En nuestro país el adulto mayor se ha incrementado un 80% a nivel del Perú Gracias al progreso de la ciencia y la tecnología, muchos de los trastornos de la salud asociados al envejecimiento, pueden compensarse con bastante éxito. La óptica aplicada a la visión, por ejemplo, permite la compensación o la minimización de los problemas, mediante sistemas concebidos para proporcionar un mayor grado de visión en el auditivo también tenemos los grandes avances tecnológicos para escuchar mejor y no tener dificultad así mismo se contara con un avance de datos para motivar los estudios y así reforzar su satisfacían del adulto mayor los cuidados y comprensión con el cuidado de la enfermera

Se mejorará la comprensión y cuidado en el adulto mayor con la ayuda de enfermería. y se brindara cuidados mediante consejería charlas y otras cosas que se puede de realizar con las personas adultas en la de privación auditiva y visual según socio familiar donde hoy en día afecta demasiado al adulto mayor y cada día se ve no solo en nuestro país sino en otros países (4,5)

La población adulto mayor se incrementa en nuestra sociedad debido a la pérdida de audición y visual en adultos es una disminución de la capacidad para percibir sonidos y visualizar bien. En los adultos, la pérdida auditiva y visual puede ser parcial o total, súbita o gradual, temporal o permanente.

Actualmente en los Estados Unidos, 28 millones de personas mayores de 3 años sufren de algún tipo de pérdida auditiva. Esta condición afecta aproximadamente al 3% de todos los hombres y mujeres adultas. En general, el riesgo de la pérdida de audición y visual aumenta con la edad. Entre el 24 y el 40% de los adultos mayores.

CAPITULO II EL MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.1. A nivel internacional

Autor:

Dr. Eglis Esteban García Alcolea.

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Es especialista de I Grado en Oftalmología. (2000)

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

Objetivo: Describir las principales alteraciones funcionales que sufre el paciente geriátrico producto de la pérdida visual así como mostrar la importancia que tiene el médico general en la evaluación de la función visual de estos pacientes.

Método: Se realizó un estudio exploratorio sobre el tema abordándose la importancia que tiene el médico general en la evaluación de la función visual del paciente geriátrico, algunos aspectos importantes que debe incluir la valoración geriátrica y las

principales orientaciones que debe conocer el médico de familia con el fin de promover una mejor salud visual.

Conclusiones: La pérdida de visión no repercute de igual forma entre los ancianos y se ha asociado entre ellos a una peor salud auto percibida, peor calidad de vida y a una mayor prevalencia de déficit cognitivos y de depresión. El médico general en la valoración geriátrica anual debe incluir de forma rutinaria el examen visual con la carta de Snellen y debe estar capacitado para orientar a la familia durante el proceso de adaptación del paciente geriátrico ante las nuevas condiciones de vida producto de la discapacidad visual (6)

Autora: Viviana Buitrago Martínez

Universidad de la Salle facultad de trabajo social familia

Bogotá, d.c. 2008

La OMS define que “la salud mental es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social

Este estudio reconoce la importancia de los factores multidimensionales que intervienen en el bienestar de la población adulta; teniendo en cuenta que en el contexto Colombiano del Siglo XXI, la población mayor se encuentran expuesta a diversas situaciones tales como: la crisis económica, el desempleo, la violencia intrafamiliar, los malos tratos, las pobrezas, el conflicto armado entre otros, que van en contra de la estabilidad mental de las

personas desencadenado cambios en la conducta y en el comportamiento social.

De acuerdo con lo anterior la OMS (2001) afirma que:

- El 10% (500 millones) de la población mundial sufre un trastorno mental en algún momento de su vida.
- El 1% (50 millones) de la población mundial padece en estos momentos una enfermedad mental grave.
- El 50% de los pacientes que acuden a una consulta de Medicina General padecen primaria o secundariamente problemas mentales.
- El 50% de las camas hospitalarias en los países con servicios sanitarios desarrollados están ocupadas por enfermos mentales, a pesar de la tendencia progresiva a tratar a estos pacientes en su medio

Conclusión: que aproximadamente el 12% de la carga de morbilidad en el mundo es consecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento; a su vez refiere que cerca del 2.5% de esta población mundial la constituyen las personas de la tercera edad .Por lo tanto a la situación del normal deterioro físico ocurrido en la vejez se le aúna los problemas propios de la enfermedad mental, lo que hace que este grupo etario se encuentre en estado de mayor vulnerabilidad y riesgo en las sociedades actuales.(7.8)

Autor: Pere Joan Ferrando Piera, Rafael Pallero

Cristina Anguiano -Carrasco e Ignacio Montorio

Institución: Universidad Rovira y Virgili, * ONCE y ** Universidad Autónoma de Madrid (2005)

El presente estudio tiene dos objetivos principales: (a) evaluar la adecuación y funcionamiento de la Escala de Depresión Geriátrica de

Yesavage, en su versión española en la población mayor con déficit visual, y evaluar la relevancia que tiene la medida de la sintomatología depresiva dentro de un proceso global de evaluación del ajuste a la pérdida visual en esta población. Participaron 329 personas afiliadas a la ONCE que forman una muestra representativa de la población de interés. La evaluación del primer objetivo lleva al establecimiento de puntos de corte e implica nuevos desarrollos metodológicos que combinan la Teoría de Respuesta al Ítem y la teoría clásica de los test. Los resultados indican que la escala resulta particularmente útil en la población de interés y que tiene un peso importante en la Evaluación del ajuste a la pérdida visual en la población de mayores con déficit visual(9)

2.1.2. A nivel nacional

Lourdes Ruiz-Dioses; Marisela Campos-León, Nelly Peña

Dirección de Salud del Callao. (2002)

Determinar la situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao.

Estudio transversal, realizado con 301 adultos mayores, a quienes se evaluó con un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor establecida por el Ministerio de Salud del Perú. Resultados. La mayoría (69,8%) de la población eran mujeres (44,5%) entre 60 y 69 años, 31,9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 79,4% de adultos mayores es independiente, 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tiene problema social. La mayoría (66,1%) carece de un seguro de salud. Las enfermedades prevalentes fueron hipertensión arterial (42,5%),

artrosis (33,6%) y el antecedente de tuberculosis estuvo presente en el 6,6%. Las mujeres tuvieron una peor situación socio familiar ($p < 0,05$) y la valoración funcional y clínica se deterioró con la edad ($p < 0,05$).

Ruiz Dioses Lourdes,
Peña Marisela.(2003)

Campos León Marisela,

Rev. Perú Med Exp. Salud Publica 2008; 25(4) : 374-379

La mayoría (69.8%) de la población eran mujeres (44.5%) entre 60 y 69 años, 31.9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 79.4% de adultos mayores es independiente, 46.2% se encuentra en situación de riesgo social y 28.9% tiene problema social. La mayoría (66.1%) carece de un seguro de salud. Las enfermedades prevalentes fueron hipertensión arterial (42.5%), artrosis (33.6%) y el antecedente de tuberculosis estuvo presente en el 6.6%. Las mujeres tuvieron una peor situación socio familiar ($p < 0.05$) y la valoración funcional y clínica se deterioró con la edad ($p < 0.05$).

Conclusión: La mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo socio familiar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores.(10)

2.2. BASES TEÓRICAS

Dorothea E. Orem

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuela.(12)

Sistema Auditivo

La función de nuestro sistema auditivo es, esencialmente, transformar las variaciones de presión originadas por la propagación de las ondas sonoras en el aire en impulsos eléctricos (variaciones de potencial), información que los nervios acústicos transmiten a nuestro cerebro para la asignación de significados.

Epidemiología

En la población adulta, la incidencia del auditivo aumenta con la edad, por lo que el aumento de su prevalencia se relaciona fuertemente con ésta. Según distintos informes, en España sufren algún tipo de sordera más de 2.000.000 de personas, de los cuales el 45% son menores de 50 años. El auditivo va en aumento sobre todo en los países más desarrollados. Según el estudio estimativo del British MRC Institute of Hearing Research el número de personas que en 1995 sufría algún tipo de pérdida auditiva ascendía a un total mundial de 440 millones. De esta cifra 70 millones se registran en Europa sobre una población total de 700 millones de habitantes, mientras que en USA el número ascendía a los 25 millones de afectados. Para 2005, se estima que en el mundo habrá un total de 560 millones de personas con problemas de audición; de estos, 80 millones se registrarán en Europa, en USA y Canadá se alcanzará la cifra de 30 millones de afectados.

No sólo la prevalencia se relaciona con la edad, además se asocia con más frecuencia al sexo masculino, a la exposición al ruido, indirectamente con la renta per cápita y los niveles de educación (13)

Etiología

El auditivo es hereditarias genéticas e hipoacusias adquiridas. Las primeras ocupan el primer lugar en las causas de hipoacusias neuro sensoriales. Están ligadas a una anomalía de transmisión genética y pueden ser de tipo recesivo o dominante (recesivas son las hipoacusias en las que los padres son portadores del gen patológico pero de tipo recesivo, no son hipoacusia y las dominantes representan un 10% de las hipoacusias hereditarias siendo uno de los padres portador del gen afecto, uno de los padres es hipoacusia).

Las hipoacusias adquiridas pueden ser clasificadas, a su vez, en tres tipos:

- causas prenatales. Toda enfermedad de la madre durante el embarazo puede ser una causa posible de hipoacusia situándose el período más grave entre la 7 y 10 semana de embarazo. Entre las más graves se sitúan la rubeola, sarampión, varicela, alcoholismo, etc.
- Causas neonatales: son las que se derivan del momento del nacimiento y las horas siguientes. Entre las más frecuentes se encuentran: traumatismo durante el parto, anoxia neonatal, prematuridad, ictericia (aumento de la bilirrubina en sangre por incompatibilidad del RH).
- Causas posnatales: Son las que se dan después del nacimiento y las más corrientes son: otitis y sus secuelas, fracturas del oído, afecciones del oído interno y nervio auditivo, intoxicaciones por antibióticos, meningitis y encefalitis, tumores, etc.¹⁴

Signos y síntomas

- No reaccionar a la voz y sonidos del ambiente
- Presenta dificultad para entender una conversación
- Tiene dificultad para escuchar el timbre de la puerta o del teléfono
- Sensación de oído tapado
- Ruidos en la cabeza o pitos (acufenos) en los oídos
- Sensación de distorsión en lo que oye (15)

Clasificación

Audición normal: Umbral de audición (0-20 dB). El sujeto no tiene dificultades en la percepción de la palabra.

- Hipoacusia leve o ligera (20-40 dB). La voz débil o lejana no es percibida. En general el niño o la niña es considerado como poco atento y su detección es importante antes y durante la edad escolar.
- Hipoacusia media o moderada (40-70 dB). El umbral de audición se encuentra en el nivel conversacional medio. El retraso en el lenguaje y las alteraciones articulatorias son muy frecuentes.
- Hipoacusia severa (70-90 dB). Es necesario elevar la intensidad de la voz para que ésta pueda ser percibida. El niño presentará un lenguaje muy pobre o carecerá de él. 16

Tratamiento

- Aparatos auditivos
- Amplificadores telefónicos y otros dispositivos de ayuda
- Lenguaje de señas (para aquellos con hipoacusia grave)
- Lectura del lenguaje (lectura de los labios y el uso de señas visuales puede ayudar a la comunicación)
- Se puede recomendar un implante coclear para personas con hipoacusia muy grave. Se realiza una cirugía para colocar el implante. Este permite que la persona detecte sonidos de nuevo y, con práctica, puede permitirle entender el lenguaje, pero no restablece la capacidad auditiva normal.17

Prevención

- Use tapones para oídos u orejeras protectores si a menudo está expuesto a ruido alto en el trabajo o durante actividades recreativas. Para ayudar a los trabajadores a protegerse, la Administración de Seguridad y

Salud Ocupacional del Departamento de Trabajo de Estados Unidos (OSHA) ha desarrollado una reglamentación que rige la exposición al ruido en el trabajo.

- Nunca coloque hisopos u otros cuerpos extraños en sus oídos.
- Use cinturón de seguridad mientras conduce y colóquese un casco protector mientras maneja una bicicleta.
- Infórmese sobre los posibles efectos secundarios de sus medicamentos 18

Cuidados de enfermería

- Valorar antecedentes, frecuencia, duración, gravedad y características de los ataques de vértigo.
- El objetivo de las intervenciones enfermeras será minimizar el vértigo y proporcionar seguridad al paciente.
- Durante un ataque de vértigo: Brindar comodidad.
- Evitar actividades que podrían empeorar los ataques.
- La televisión podría exacerbar los síntomas y por ello se aconseja evitarlas. Colocar barandas laterales a la cama y ésta en una posición baja.
- Evitar ruidos
- Instalar vía parenteral, y monitorizar la ingestión y la evacuación.
- Cuando el ataque remite debemos ayudar al paciente en la deambulación porque puede persistir el desequilibrio y haber riesgo de caída.19

Reacción al sonido

La pérdida de audición en adultos es una disminución de la capacidad para percibir sonidos. En los adultos, la pérdida de la audición puede ser parcial o total, súbita o gradual, temporal o permanente. Puede afectar a un oído o ambos. Actualmente en los Estados Unidos, 28 millones de personas mayores de 3 años sufren de algún tipo de pérdida de la audición. Esta condición afecta aproximadamente al 3% de todos los hombres y mujeres adultas. En general, el riesgo de la pérdida de audición aumenta con la edad.

Entre el 24 y el 40% de los adultos mayores de 65 tienen 2008-08-20. El treinta por ciento de las personas mayores de 85 es sorda de al menos, un oído.

El daño de oídos debida a ruido depende del volumen del sonido, el tiempo que se está expuesto a este sonido y el tono. Estar expuesto mucho tiempo a un sonido con volumen fuerte y tonos agudos son los factores que más dañan. Depende mucho de la tolerancia personal de cada oído. Si la persona después de estar expuesta a sonidos intensos, mucho tiempo o agudos y presenta zumbido aunque sea leve indica daño de oídos, si se continua y el oído no logra recuperarse, la persona necesitará subir el volumen de la televisión, no entenderá fácilmente a otras personas en cuartos con ruido, pedirá a las personas que repitan pues no entendió bien y no escuchará los tonos agudos, el daño es irreversible y de inmediato hay que realizar n estudio audiológico con médico audiólogo. La exposición a ruidos con volumen alto como industrias, aeropuertos, cohetes, armas de fuego o de tono muy agudo como en discoteques entre otros puede dañar temporal o permanentemente la audición.

El daño puede ser pequeño disminuyendo solamente un rango de tonos (graves, o agudos o en un solo tono como en el trauma acústico). Si Usted se expone a ruido de 85 dBs. En su trabajo 8 horas diarias está en el límite de aceptación. Si usan herramientas que emiten 100 des, o escucha audífonos con música a 110 dBs.o va a conciertos de 120 dBs los oídos se pueden dañar. El primer síntoma es no distinguir los sonidos de tono agudo como cantos de pájaros, voces femeninas o de niños, si la exposición continua la audición se pierde más, a llegar a graves y entonces las voces masculinas no se percibirán. Si Usted tiene que gritar para que le escuchen más fuerte que el ruido el nivel de ruido es dañino. Si Usted no puede entender a una persona que habla menos de un metro de distancia. Si una persona de pie puede oír la música de otra persona que está usando audífonos con música, ésta está muy fuerte. Algunos ruidos comunes miden:

Pistolas de 140 a 170 decibeles. Conciertos de Rock 110 a 120 Decibeles
Reproductores de cd o cintas 100 decibeles maquinaria para jardín o campo
110 decibeles algunos juguetes infantiles 110 decibeles Motocicletas de 90 a
110 decibeles Pistolas 140 a 170 decibeles

Lo que se escucha puede estar como velado y hay un zumbido suave o intenso generalmente de tono agudo que principalmente se escucha en lugar silencioso., estos síntomas pueden ser de momento por horas, días o permanente. Si desaparecen los síntomas no quiere decir que el oído está totalmente normal, de acuerdo a la resistencia del oído pueden haber muerte de algunas células del nervio auditivo .Si hay suficientes células normales se vuelve a oír bien. Pero si de nuevo hay esta exposición a ruido se van destruyendo más células y se presenta disminución en la audición. No se oyen bien a los cantos de los pájaros, a la voz del niño o de las mujeres.(13)

Para entender sobre la pérdida de la audición y su tratamiento, es útil saber acerca de cómo funciona la audición. El oído recoge el sonido que golpea el tímpano (membrana timpánica). Esto hace que el tímpano vibre. El oído medio amplifica las vibraciones mediante tres huesos pequeños. Dentro del oído, las vibraciones se transforman en impulsos nerviosos. Estos impulsos nerviosos viajan hacia el cerebro, donde se traducen en sonidos.

Como el oído externo y medio transmiten (o conducen) el sonido, toda lesión en esta parte del conducto auditivo se denomina pérdida auditiva de conducción. La pérdida auditiva neurosensorial es una lesión en el oído interno, el octavo nervio craneano y el cerebro, todos los cuales participan en la producción, transmisión e interpretación de los impulsos nerviosos. (14)

El ruido es por tanto un caso particular de sonido, una emisión de energía originada por un fenómeno vibratorio que es detectado por el oído y provoca una sensación de molestia.

- Es un caso particular del sonido.
- Se entiende por ruido aquél sonido NO deseado

El ruido está integrado por dos componentes de igual importancia, una integrante puramente física (el sonido, magnitud física perfectamente definida) y otra integrante de carácter subjetivo que es la sensación de molestia.

El nivel de sonido se mide en decibelios (dB) Un pequeño incremento en decibelios representa un gran incremento de energía sonora. La sonoridad es una característica subjetiva, definida como la sensación producida por ciertas variaciones de presión en el oído.

El comportamiento del oído humano está más cerca de una función logarítmica que de una lineal. Un oído humano es capaz de percibir y soportar sonidos correspondientes a niveles de presión sonora

Las molestias debidas al ruido

Como ya se ha explicado anteriormente, el ruido además de su componente física incluye una componente subjetiva que es la molestia que provoca. En determinadas situaciones estas molestias son más que evidentes ya que pueden provocar daños físicos evaluables.

La subjetividad inherente a la molestia provocada por el ruido introduce una gran complejidad en su evaluación aunque no por ello entra en conflicto con el análisis científico si se tienen en cuenta los factores que influyen en ella y se cuantifican usando determinados índices de medida

Energía sonora: Cuanta más energía posea un sonido, más molestia provoca. Se mide con el "Nivel de presión sonora".

Tiempo de exposición: A iguales niveles de ruido, la molestia aumenta con el tiempo que dura la exposición (a mayor duración, mayor molestia).

Características del sonido: Las características de la componente física del ruido (el

Sonido) determinan la molestia que provoca (espectro de frecuencias, ritmo, etc.).

Sensibilidad individual: Determina diferentes personas sientan grados diferentes de molestia frente al mismo ruido. Influida por factores físicos, culturales, sociales, etc.

Actividad del receptor: A diferentes horas del día y según la actividad que se realice y el nivel de concentración que requiera, un mismo ruido puede provocar diferentes grados de molestia.

Expectativas y calidad de vida: Componente muy difícil de evaluar. Por ejemplo, en la segunda vivienda, que suele ser considerada como un espacio para el ocio y el descanso, las exigencias de calidad ambiental son más altas y los ruidos provocan más quejas. Lo mismo ocurre en espacios protegidos
Tráfico y transportes

Constituyen la principal fuente de contaminación acústica ambiental, incluyendo el ruido de carreteras, ferrocarriles y tráfico aéreo.

A. Vehículos a motor

Como regla general, los vehículos más grandes y pesados emiten más ruido que los vehículos más pequeños y ligeros. El ruido de los vehículos se genera principalmente en el motor y por la fricción entre el vehículo, el suelo y el aire. En general, el ruido de contacto con el suelo, excede al del motor a velocidades superiores a los 60 km/h (13, 14).

La tasa de tráfico, la velocidad de los vehículos, la proporción de vehículos pesados y la naturaleza de la superficie de la carretera determinan el nivel de presión sonora originado por el tráfico y son usados para predecirlo mediante el uso de modelos. Los factores que implican un cambio en la velocidad y la potencia (semáforos, cambios de rasante, intersecciones, condiciones meteorológicas) así como los niveles de fondo, influyen también en la generación de ruido

B. Ferrocarriles

El ruido que generan depende primariamente de su velocidad pero varía según el tipo de motor, los vagones, los raíles y sus fijaciones, así como de la rugosidad de ruedas y raíles. Las curvas de radio pequeño en el trazado, tal y como suele ocurrir en trenes urbanos, pueden conducir a muy altos niveles de sonido de alta frecuencia producidos por el chirrido de las ruedas. El ruido puede ser generado en las estaciones a causa de motores encendidos, silbatos y altavoces y fuera de ellas por el cambio de vías.

La introducción de trenes de alta velocidad ha creado problemas especiales de ruido con repentinos aunque no impulsivos, incrementos de ruido. A velocidades mayores de 250km/h, la proporción de energía sonora de alta frecuencia se incrementa y el sonido puede ser percibido como similar al de un vuelo comercial que sobrevolara el área. Surgen otros problemas en áreas cercanas a túneles, valles o zonas donde las condiciones del suelo ayuden a generar

Ruido y Salud

La propagación a larga distancia del ruido de los trenes de alta velocidad constituirá un problema en el futuro si el uso de estos sistemas de ferrocarriles “amables con el medio ambiente” en otros aspectos, se extiende

C. Tráfico aéreo

Los vuelos y operaciones aéreas generan ruido en la vecindad de aeropuertos tanto civiles como militares. Los despegues producen ruido intenso, vibraciones y traqueteos. Los aterrizajes producen ruido en largos pasillos de vuelo a baja altitud. El ruido se produce por los mecanismos de aterrizaje y la regulación automática de potencia y también cuando se aplica propulsión inversa, todo por medidas de seguridad. En general, los aviones más grandes y pesados producen más ruido que los más ligeros.

El nivel de presión sonora de los aviones puede predecirse por el número de aviones, tipos, rutas de vuelo, proporciones de despegues y aterrizajes y condiciones atmosféricas. Pueden surgir problemas severos de ruido en aeropuertos con muchos helicópteros o aviones pequeños usados para vuelos privados, entrenamiento de pilotos o actividades de ocio y también problemas en el interior debido a vibraciones.

El estampido sónico consiste en una onda de choque en el aire, generada por un avión cuando vuela ligeramente por encima de la velocidad local del sonido. Un avión en vuelo supersónico deja una onda sonora que puede ser escuchada por encima de 50 km a ambos lados de su estela en tierra, dependiendo de la altitud del vuelo y del tamaño del avión. A alta intensidad puede causar daños materiales y causa alarma en la población.

El ruido de los campos de vuelo militares puede presentar problemas particulares con respecto a los aeropuertos civiles. Por ejemplo, cuando se usan para vuelos nocturnos, entrenamiento de pilotos en aterrizajes y despegues o vuelos de baja altitud

. Ruido industrial

La industria crea serios problemas de ruido tanto en el exterior como el interior. De hecho, el cuerpo legislativo más extenso y antiguo en cuanto a ruido es el destinado a la protección de los trabajadores frente al ruido industrial.

En ambientes industriales el ruido es producido por la maquinaria y generalmente aumenta con la potencia de las máquinas.

Este ruido puede contener predominantemente bajas o altas frecuencias, componentes tonales, ser impulsivo o tener patrones temporales desagradables y disruptivos. Los mecanismos rotantes y alternantes generan sonido que incluye diferentes componentes tonales y los sistemas de

acondicionamiento y flujos tienden también a generar ruido con un amplio rango de frecuencias.

Los niveles altos de presión son causados por componentes o corrientes de gas que se mueve a alta velocidad (por ejemplo ventiladores, válvulas de alivio de presión) o por operaciones que incluyen impactos mecánicos (por ejemplo, estampación, remaches, frenadas).

La población general puede verse afectada por el ruido producido por instalaciones fijas, tales como fábricas o lugares de construcción, bombas de calor y sistemas de ventilación en tejados

Construcción y servicios

La construcción y los trabajos de excavación pueden causar emisiones considerables de ruido.

Una variedad de sonidos proceden de grúas, hormigoneras, soldaduras, martilleo, perforadoras y otros procesos. Los servicios municipales como la limpieza de calles y recogida de basuras pueden también causar un ruido considerable, si se lleva a cabo a determinadas horas. Los sistemas de aire acondicionado y ventilación, bombas de calor, sistemas de tuberías, ascensores, pueden comprometer el ambiente acústico interior y perturbar los vecinos

Actividades domésticas y de ocio

En áreas residenciales, el ruido puede originarse por aparatos mecánicos (bombas de calor, sistemas de ventilación y tráfico) así como por voces, música y otras clases de sonidos generados por los vecinos, aspiradoras y otros electrodomésticos, música, fiestas ruidosas, etc.

El comportamiento social no respetuoso es una fuente bien conocida de ruido en viviendas multifamiliares así como en zonas de ocio (eventos deportivos y de música). Debido a los componentes predominantemente de

baja frecuencia, el ruido de sistemas de ventilación en edificios residenciales puede causar también considerables molestias incluso a niveles bajos y moderados de presión sonora.

El uso de máquinas en las actividades de ocio se está incrementando (carreras de motos, vehículos todo terreno, fuera bordas, esquí acuático, vehículos para la nieve, etc.) y pueden contribuir significativamente a elevar el ruido en áreas previamente tranquilas. Las actividades de tiro no sólo tienen potencial considerable para molestar a los vecinos sino que también pueden dañar el oído de aquellos que toman parte. Incluso los partidos de tenis, las campanas de iglesias y otras actividades religiosas.

Algunos tipos de conciertos y discotecas pueden producir niveles de presión sonora extremadamente altos. Se producen otros problemas asociados por la afluencia de personas que llegan y se van, las aglomeraciones en los accesos a festivales y actividades de ocio, incremento en el tráfico y por tanto en el ruido que conlleva, etc.

El uso de auriculares sin limitador de volumen y determinados juguetes que producen sonidos intensos pueden originar disfunción auditiva grave (15)

Síntomas

Si tiene pérdida de audición grave y repentina, usted observará inmediatamente que pierde su capacidad para escuchar por el oído afectado. Por ejemplo, usted puede chasquear sus dedos cerca del oído afectado y no oírlos, o puede poner el receptor del teléfono sobre su oído y no escuchar nada.

Si su pérdida de audición es gradual, sus síntomas pueden ser más leves. Puede tener problemas para entender una conversación, ya sea en persona o por teléfono. Los miembros de su familia pueden quejarse de que escucha la radio o la TV con el volumen muy fuerte. Quizá les pida que repitan lo que dicen.

Algunas enfermedades y condiciones que causan pérdida auditiva pueden producir otros síntomas:

- zumbido de oídos (acúfenos)
- secreción o sangrado de oídos
- dolor de oído intenso o dolor en el canal auditivo
- presión o una sensación de “congestión” en los oídos
- mareos o problemas de equilibrio
- náusea

(16)

Podemos distinguir varios tipos de efectos:

I: Efectos fisiológicos. La exposición a niveles de ruido intenso, da lugar a pérdidas de audición, que si en un principio son recuperables cuando el ruido cesa, con el tiempo pueden llegar a hacerse irreversibles, convirtiéndose en sordera.

Esta sordera es de percepción y simétrica, lo que significa que afecta ambos oídos con idéntica intensidad.

II. efectos no auditivos.

El ruido también actúa negativamente sobre otras partes del organismo, donde se ha comprobado que bastan 50 a 60 dB para que existan enfermedades asociadas al estímulo sonoro. En presencia de ruido, el organismo adopta una postura defensiva y hace uso de sus mecanismos de protección. Entre los 95 y 105 dB se producen las siguientes afecciones:

- Afecciones en el riego cerebral.
- Alteraciones en la coordinación del sistema nervioso central.
- Alteraciones en el proceso digestivo.
- Cólicos y trastornos intestinales.
- Aumento de la tensión muscular y presión arterial.
- Cambios de pulso en el encefalograma.

2. efectos psicológicos.

Entre estos citamos el sueño, la memoria, la atención y el procesamiento de la información.

I. efectos sobre el sueño.

El ruido puede provocar dificultades para conciliar el sueño y también despertar a quienes están ya dormidos. El sueño es la actividad que ocupa un tercio de nuestras vidas y éste nos permite entre otras cosas descansar, ordenar y proyectar nuestro consciente. Se ha comprobado que sonidos del orden de los 60 dBA reducen la profundidad del sueño.

II. efectos sobre la conducta.

La aparición súbita de un ruido puede producir alteraciones en la conducta que, al menos momentáneamente, puede hacerse más abúlica, o más agresiva, o mostrar el sujeto un mayor grado de desinterés o irritabilidad.

III. efectos en la memoria.

En tareas donde se utiliza la memoria, se observa un mejor rendimiento en los sujetos que no han estado sometidos al ruido. Ya que con este ruido crece el nivel de activación del sujeto y esto, que en principio puede ser ventajoso, en relación con el rendimiento en cierto tipo de tareas, resulta que lo que produce es una sobre activación que conlleva un descenso en el rendimiento.

IV. efectos en la atención.

El ruido repercute sobre la atención, focalizándola hacia los aspectos más importantes de la tarea, en detrimento de aquellos otros aspectos considerados de menor relevancia.(17)

LA COMUNICACIÓN ENTRE ADULTOS MAYORES

Se oyen sus voces y sus risas, ellos contagian su ternura y sencillez al comunicarse; el entorno entonces les exige ser más precisos y coherentes en la mayoría de las interacciones sociales en las cuales están inmersos; en ocasiones, son ignorados tanto por sus propias familias, como por los políticos de turno y la misma sociedad que notifica que las personas a los 60 años son viejas, achacosas y aburridas. Lo que se observa, es prueba fehaciente de que esto no es así, lo que falta son miradas más comprensivas, una postura distinta hacia lo que puede realizar en la práctica un adulto mayor y que sea coherente la respuesta de las entidades territoriales frente a la formulación en la política pública que los protegen y benefician.

Como ya se aclaró, comunicación es referirse a un proceso de compartir o intercambiar información. En el tema que nos interesa, se deben nombrar algunas particularidades que se presentarán, así como algunas características relevantes del contexto en el que interactúan.

Prieto Castillo (1990) considera tener los siguientes elementos comunicacionales:

Formación social: Dentro de ella es posible analizar y entender la manera como se consolidan las tradiciones, formas de valorar, enfrentar la realidad y formas de relacionarse. En ella se inscribe todo el proceso comunicativo.

La formación social es entonces, el contexto, el cual determina las particularidades de la comunicación que se genera entre los participantes. Este elemento se consolida en la interacción de los adultos mayores que expresan sus propios lenguajes, reglamentos e intereses. Al tener en cuenta este aspecto es posible entender mejor los propósitos y las formas de interacción que utilizan los integrantes de un grupo de adultos mayores.

El marco de referencia: Está constituido por la vida cotidiana. Abarca las relaciones sociales (lazos de solidaridad). Es lo que la población hace, piensa, espera, cree, recuerda, sueña, cada día. En el adulto mayor, en particular, se evidencian estas interacciones comunicativas, en la forma como se comporta en las reuniones periódicas, siendo parte de su rutina programada.

Códigos: Son conjunto de normas sociales que permiten la comunicación en grupos y entre grupos de una determinada formación social. Hay códigos para la elaboración del mensaje verbal, y hay códigos conductuales referentes al lenguaje no verbal. Estos códigos condicionan el comportamiento de los miembros del grupo al cual pertenece, en cierta situación social.

Los códigos son vividos en general sin una crítica, son aceptados como el fundamento de la vida diaria y se manifiestan en conductas, creencias y expectativas cotidianas; conforman la manera cómo las personas se expresan y se comportan en un grupo; entenderlos significa conocer los parámetros que rigen la comunicación grupal y que por lo tanto, determinan lo que se considera adecuado e inadecuado, en cuanto a expresiones y actitudes.

El mensaje emitido a su vez, se encuentra conformado por símbolos auditivos, visuales, olfativos, entre otros, que constituyen un código que el receptor debe ser capaz de percibir adecuadamente. En ese sentido, pueden reconocerse diversos tipos de comunicación verbal, no verbal y para-verbal; sin embargo, resalta la posibilidad de que estos códigos sean incomprensibles para unos y otros.

Por lo tanto, los cambios sensoriales manifestados en el adulto mayor, en cuanto a la audición, la visión, el olfato, el gusto, el habla, el tacto, cambios musculares y óseos que interfieren en su desplazamiento, tienen un alto potencial de incidencia e influencia en la calidad de la comunicación.

Fase de emisión: El acto de emitir no se refiere sólo a hablar o escribir un mensaje. Una persona por el hecho de existir, está ofreciendo signos a los demás por medio de sus gestos, su vestimenta, su manera de caminar, sus objetos y los espacios que lo rodean. La fase de emisión es permanente y sólo adquiere sentido si se le analiza desde el punto de vista cultural. Emitir significa ofrecer información social y cultural permanente.

Esto quiere decir que en un grupo de adultos mayores coexisten múltiples procesos permanentes de emisión de mensajes tanto directos al hablar, leer, dar una razón; como indirectos miradas, atuendos, actitudes, y que permite analizarlos como grupo etéreo.

Según Prieto Castillo (1990) el emisor tiene poder para:

- Determinar el modo de interpretación y valoración de personas, objetos y situaciones.
- Controlar los mecanismos de difusión de los mensajes.
- Controlar que los signos tengan un solo significado posible.
- Rechazar, ridiculizar, distorsionar a sus opositores o a quienes dan versiones distintas.

El adulto mayor cuando interactúa en grupo, se comunica no solo a través de mensajes directos, desde lo verbal; sino también con mensajes indirectos, aquello que no dice, sin embargo, se percibe la intención y la influencia que ejerce sobre los otros.

Fase de percepción: Percibir es la capacidad de recoger la información necesaria para responder eficazmente al propio entorno y de extraer información de la realidad para orientar la propia conducta.

En el adulto mayor, estas percepciones están condicionadas por la formación social, los códigos, los marcos de referencia y las particularidades de la población que los componen.

Medios: Son los instrumentos a través de los cuales transmite un mensaje a un receptor. Como se mencionaba anteriormente, estos medios pueden ser directos o indirectos. Actualmente la tecnología de los medios como Internet, telecomunicaciones, radio y televisión, han logrado llegar a la población de adulto mayor, transformando su rutina y permitiéndole acercarse a la familia cercana y lejana y a la sociedad en general.

Mensaje: Es un conjunto de signos que a partir de códigos conocidos por el emisor y el receptor, llevan a este último una determinada información, a partir de la cual se toman decisiones, se adoptan posturas y se eligen conductas. Generalmente, se observa la brecha comunicacional que existe entre el adulto mayor y otras generaciones, evidenciado en la poca comprensión de ciertos mensajes que utilizan lenguajes poco accesibles para ellos y que el entorno hace difícil su interpretación y así mismo su retroalimentación.

Referente: Es de lo que se habla, es el tema central del mensaje. El conocimiento que tenga el emisor sobre un tema específico puede mejorar el mensaje, puesto que profundiza en él con seguridad, proyectando confianza y credibilidad; o por el contrario, lo afecta, distorsionando las ideas y pensamientos sobre el referente. Remitiéndonos al adulto mayor, cuando se comunica en grupo, expresa con frecuencia mensajes descontextualizados, sin sentido, con cierta obstinación y resistencia ante temas no aceptados por su condición social, política, moral y religiosa.

En el futuro, seremos viejos, unos antes que otros, y necesitamos de prácticas nuevas que nos permitan seguir siendo activos, comunicativos con el cuerpo, los gestos, el movimiento y la mente en consonancia permanente. Lo que sucede antes, durante y después de la clase de gimnasia es motivo de análisis comunicativo por esta tesis de grado, que pretende demostrar que el cuerpo y la mente son consonancias del espíritu del ser humano, pues no importa la edad, la vejez o la condición. Así como el joven reside en nuestra memoria, es necesario re-crear una nueva conciencia de la

importancia que representa la comunicación en la vejez.

La comprensión de los efectos psicológicos de la pérdida de audición

Mientras que la persona promedio que nunca ha experimentado la pérdida de audición podría pensar que es una condición puramente médica, sino que también es una condición muy conectado con la salud mental o psicológico. No sólo es ser capaz de oír necesario para absorber el ambiente que nos rodea, que es la forma en que las personas se comunican sobre todo y uno de los cinco sentidos básicos en que la gente confía. Muchas personas se sienten bien nacen o que desarrollan sordera en algún momento de sus vidas y aprenden a adaptarse a través de una variedad de medios tales como la utilización de audífonos o incluso se comunican utilizando lenguajes no verbales como lenguaje de señas o escrito. Estas son habilidades que cualquiera puede aprender, pero eso no significa que el proceso sea más fácil. El viaje psicológico es tan importante como el remedio físico, destreza o cura de afrontamiento.

Muchas personas pasan por un período real de luto, y experimentan una gran cantidad de dolor cuando comienzan a experimentar pérdida de la audición. Al igual que una persona que pierde la capacidad de ver más allá de la corrección, la persona probablemente se sienta triste por perder los sonidos que antes eran los favoritos, y por los sonidos que aún no han sido escuchados. La conversación música, y el sonido de las voces de sus seres queridos se desvanecen en el fondo o desaparecer por completo, y esto es triste en sí mismo. Hay, pues, la experiencia de dolor por la facilidad con la que poder escuchar proporciona a una persona en un mundo que utiliza auditiva y comunicación oral todo el tiempo. Aunque nunca está bien vivir en el dolor de uno, se trata de una importante etapa psicológica a pasar, y cualquier persona ayudar a un ser querido o un miembro de la familia en este difícil momento con paciencia debe permitir que la persona experimente un

período de duelo, dentro de lo razonable. En declaraciones a un audiólogo y un psicólogo que es mejor siempre que sea posible.

Ya sea antes, después o durante el proceso de desarrollo de los problemas de audición, muchas personas pasan por una etapa de negación acerca de su capacidad de debilitamiento de escuchar. Es difícil aceptar el cambio, y mucha gente va a culpar a cualquier cosa para evitar admitir que sus oídos no son lo que solían ser. Esto es más frecuente en las personas que experimentan pérdida de audición relacionada con la edad, y puede ser uno de los efectos psicológicos más frustrantes para sus amigos y familiares. Puede ser difícil convencer a una persona que es hora de conseguir ayuda, y puede hacer el ser amado y el partido fuera parece como el antagonista o como un jamelgo. Hablando con un audiólogo o un psicólogo sobre los miedos particulares de los individuos y las preocupaciones acerca de admitir lo que está pasando puede hacer una diferencia grande en el camino hacia la búsqueda de soluciones adecuadas.

Finalmente, la persona experimenta dificultad o incapacidad para oír puede sufrir de fobia social, depresión y otros miedos sociales, aunque fueron siempre una persona muy social y saliente. Sentirse como si uno está perdiendo todo lo que le rodea puede ser estresante, y hacer que la persona se retire por completo. Los beneficios de las soluciones como los audífonos pueden marcar una gran diferencia en la felicidad a largo plazo de una persona, así que asegúrese de destacar no sólo la importancia de escuchar, ¡pero para volver a conectar de una manera social para la recuperación completa! (18)

Molestia al escuchar

No poder escuchar bien es una discapacidad común, especialmente entre personas de edad avanzada. Al envejecer, a menudo el oído interno pierde conductividad o sensibilidad en los nervios. A algunas personas se les dificulta oír algunos sonidos agudos, bajos o ambos. Al escuchar hablar,

quizás no entiendan algunas palabras que tienen consonantes con tonos más altos o agudos. Cuando hay ruido de fondo o varias conversaciones a la vez, es aún más difícil entender lo que se dice. Algunas personas tendrán problemas tratando de determinar de dónde vienen los sonidos.

En el hogar, estos problemas pueden dificultar el escuchar el timbre de la puerta, el teléfono, voces por teléfono, la televisión o la radio. Pero algo aún más importante: las personas con problemas auditivos pueden no escuchar señales de precaución como las alarmas de humo o de incendios.

Modificaciones cuando hay problemas de audición

Una manera de hacer modificaciones en el hogar es haciendo que las señales auditivas se escuchen más fuerte. Colocar un dispositivo amplificador en el teléfono o reemplazar un teléfono con otro que ya tenga la función de amplificación puede ayudar. Cuando la amplificación no es suficiente, las señales auditivas se pueden reemplazar con otras señales sensoriales. Una luz intermitente conectada al timbre de la puerta, teléfono o reloj automático, y una luz estroboscópica conectada a una alarma contra incendios para distinguirla de la luz intermitente son un buen par de ejemplos. Todos los sistemas de comunicación de emergencia deben estar equipados con un sistema visual o vibrador de advertencia.

Un dispositivo de telecomunicación para sordos, conocido en inglés como TDD, le permite a un sordo comunicarse por teléfono. La persona teclea un mensaje en una máquina de escribir con pantalla y el mensaje se trasmite a una máquina similar en otro lugar. Comuníquese con su compañía telefónica para averiguar acerca de auriculares amplificados, dispositivos TDD o de señales y extensiones para el timbre del teléfono. Pida hablar con el departamento de necesidades especiales.

Un dispositivo sonoro que sacuda la cama y despierte a la persona puede reemplazar un despertador. También se le puede conectar a la alarma contra incendios.

Otra estrategia es tratar de reducir el ruido alrededor. Esto se puede lograr instalando materiales aislantes alrededor de electrodomésticos que hacen ruido, como el lavaplatos automático o la lavadora de ropa, y también en los pisos (por ejemplo, un entrepiso a prueba de ruidos cubierto con alfombra) y mejorando la acústica en el hogar para reducir la transferencia de sonidos. Las cortinas de tela también ayudan a reducir el eco y los ruidos. (19)

VISUAL

Es la capacidad de percibir con nitidez y precisión cualquier objeto de su entorno, producto de la integración anatómica y funcional del sistema óptico visual, retina (mácula), vías visuales y las regiones de la corteza cerebral encargadas de su correcta interpretación. El resultado es una imagen del objeto captado. La función fundamental del ojo es la preservación de la agudeza visual.

Visión borrosa

La visión borrosa, doble y otras complicaciones pueden indicar una enfermedad subyacente. Los cambios en la visión pueden afectar la calidad de vida y en personas mayores puede resultar en una mala caída. La visión doble se produce cuando la gente ve dos imágenes claras del mismo objeto. Esto difiere de la visión borrosa en la que se ve sólo una imagen distorsionada. Existen muchas causas de visión borrosa y doble, algunas de las cuales se pueden corregir (20)

La visión borrosa se provoca principalmente por problemas de la vista, como miopía, astigmatismo, glaucoma, vista cansada, etc. pero además el visón difuso puede suceder en personas con diabetes, hipertensión, cefaleas, problemas del cerebro, etc. Si bien hay que atender la causa esencial de la

vista borrosa, bien puedes considerar los siguientes consejos para mejorar tu vista y sanarla de raíz. No creas que ver borroso no tiene solución o tienes que resignarte a las gafas. El cuerpo tiene un potencial curativo que realmente puedes poner en acción para sanar lo que desees.(21)

Las causas de la visión borrosa pueden ser muy distintas, desde fatiga ocular, hasta trastornos relacionados con la visión. En De medicina te contamos más de la visión borrosa y sus causas

Se conoce como visión borrosa a la pérdida de agudeza visual. Se pierde la capacidad para percibir pequeños detalles. Hay otras anomalías que inciden en la visión como los puntos ciegos, “las moscas volantes”, los halos.

Si se tienen problemas de visión borrosa de manera frecuente hay que consultar con el oftalmólogo para que pueda verificar qué causa la visión borrosa. La visión borrosa trasciende la mera salud personal, ya que una persona con visión borrosa que conduce un vehículo o maneja maquinaria puede causar un accidente.

Vista nublada o borrosa, dificultad para reconocer caras familiares, líneas rectas, como postes telefónicos, costados de edificios o frases en un texto, parecen onduladas, son algunos síntomas que pueden aparecer al inicio de esta enfermedad.

Las terapias actualmente disponibles son poco efectivas y tratan más bien de frenar la progresión de esta lesión y la pérdida de visión. Evitar el tabaco, una buena alimentación y el uso de los suplementos vitamínicos recomendados son las únicas recetas que podrían reducir el riesgo de contraer esta enfermedad.

En la actualidad alrededor del mundo hay muchas personas de la tercera edad que sufren de esta afección, ¿cuántas veces hemos visto ancianos con ceguera caminando por las calles sin que nadie los guíe, exponiéndose al peligro?, o ¿cuántas veces nos hemos fijado que no se les brinda una

adecuada atención médica integral que ellos o ellas necesitan?

Maltratados y discriminados en las calles o hasta en su núcleo familiar, estas personas pasan sus últimos años con muchas dificultades; el amor y calor de un hogar, son las necesidades más primordiales para una vida plena y en armonía de las personas de la tercera edad. A consecuencia de la discriminación, muchos ancianos son abandonados por sus familiares, en hogares de ancianos o simplemente se pueden observar en las calles de las ciudades en donde son obligados a sobrevivir de una forma inhumana (22)

Causas de visión borrosa

- Cefaleas intensas o migrañas, pueden afectar a la visión y producir visión borrosa.
- Fatiga, cansancio, suele ser una visión borrosa que luego desaparece.
- Exposición al aire libre, sol, viento. Suele ser una visión borrosa transitoria.
- Ingestión de medicamentos.
- Cataratas, la opacidad del cristalino conduce a una mala visión por la noche. Sensibilidad al resplandor, la visión por el día también se ve afectada. Este trastorno es frecuente en los ancianos.
- Retinopatía diabética. La visión se vuelve borrosa. Es una complicación asociada a la diabetes, la retina puede sangrar y puede ser causa de ceguera.
- Glaucoma: Aumenta la presión en el ojo, esto origina una visión defectuosa por la noche. Hay puntos ciegos, y pérdida de visión. El Glaucoma es una causa importante de ceguera. Puede presentarse de forma gradual o de forma súbita, en cuyo caso es una consulta de urgencia.
- Accidente cerebro vascular. AIT.
- Degeneración Macular. Se pierde la visión en la zona central, hay visión borrosa sobre todo al leer. Visión distorsionada, en forma de puntos, líneas u ondas. Es la mayor causa de ceguera en personas mayores de 60 años.(23)

La disminución para leer

La dificultad para leer va a ser mayor si las letras no están bien contrastadas. Se hace difícil o imposible leer los prospectos de los medicamentos si no se alejan y se ponen debajo de una luz. También aparece dificultad para leer la hora del reloj pulsera y acertar en los botones del control remoto de la TV.

El uso de lentes para leer cambia la estrategia de la lectura, Se debe desplazar la cabeza y no los ojos porque la zona de visión clara de cerca es muy estrecha con algunos tipos de lentes.

La visión periférica también se altera por el uso de lentes. Es frecuente que el adulto mayor con frecuencia deambule con los lentes para cerca puestos aumentando el riesgo de accidentes y caídas

La pupila se achica con la edad por lo tanto también va a contribuir a disminuir la cantidad de luz que la puede atravesar. Esto último sumado a los cambios del cristalino hace que llegue a a retina sólo un tercio de la cantidad de luz que recibe el joven.

Los cambios químicos en las proteínas del cristalino le confieren un color amarillento. Este cambio hace que entre aún menor cantidad de luz y el color amarillo filtra los colores de la zona azul de espectro (verde, azul violeta).

La visión de contraste o sea la capacidad de diferenciar luminancia entre las distintas partes del estímulo, entre lo claro y lo oscuro, por ejemplo las letras de un texto y el fondo. Se debe a que disminuye la cantidad de luz que atraviesa el cristalino para llegar hasta la retina, produciéndose una imagen con bordes borrosos. Se puede mejorar aumentando la iluminación hasta un límite, al sobrepasarlo la visión de contraste disminuye porque aparece deslumbramiento.

Cuando mayor sea el contraste entre el objeto y el fondo mejor será visto. Con la edad la percepción del contraste, especialmente de los contrastes coloreados se atenúa. La pérdida progresiva de la transparencia del cristalino altera las frecuencias espaciales elevadas, es decir las agudezas visuales elevadas. La caída de la dopamina de la retina altera las frecuencias espaciales medias (Parkinson). El glaucoma altera la percepción de contrastes y la del movimiento.

La capacidad de distinguir distintos colores y diferentes intensidades del color, disminuye con los años y es muy notoria en el adulto mayor. Eso lleva a que tengan dificultad en combinar los colores de la vestimenta, en el caso de las mujeres que se maquillen o tiñan el pelo con colores muy llamativos y poco atractivos. Esta mala discriminación hace que cuando está en una habitación pintada con colores pasteles, la persona lo aprecie como grisáceos y pueden sentirse deprimidos. La poca discriminación del color y de las formas puede confundirlo en la elección de los medicamentos que debe tomar.

La limitación de la visión periférica dificulta la vida de relación, y algunas tareas habituales, es posible que derrame las comidas o bebidas, que sea riesgosa la conducción de vehículos.

El pasaje de condiciones de luz a la oscuridad y de la oscuridad a la luz se efectúa con más lentitud. Se debe a varios factores: a la disminución del tamaño de la pupila y a que su reacción es más lenta, al aumento de espesor y al cambio de color del cristalino, que se vuelve amarillento y a la pérdida de células retínales. Va a resultar difícil ubicar los objetos cuando pasa de una pieza iluminada otra más oscura y viceversa. Por ejemplo encontrar el asiento en un cine a oscuras. Las fotos receptoras que intervienen son los bastones. Tendrá además limitación para ver cuando la luz es débil. Por ejemplo manejar al atardecer o de noche.

La pérdida de la visión de profundidad dificulta el uso de las escaleras y el bajar escalones y los cordones de la calle. Cuando además la sensibilidad de contraste está disminuida se hace aún más difícil percibir la profundidad.

. Deterioro de las funciones visuales con la edad.

- ❖ Disminuya la agudeza visual.
- ❖ Se altera la percepción del color
- ❖ Disminuye la visión del contraste entre el objeto y el fondo
- ❖ Disminuye la capacidad de adaptación a los cambios del nivel de iluminación
- ❖ Se pierde la acomodación a la visión cercana.
- ❖ Es más fácil sufrir deslumbramiento
- ❖ Se reduce la capacidad para fusionar la información de ambos ojos.
- ❖ Disminuye la visión de profundidad.
- ❖ Los reflejos y los movimientos oculares son más lentos
- ❖ La visión en la periferia del campo de visión se deprime

La visión disminuida afecta a las actividades sociales, siendo un elemento de aislamiento social. Muchas veces la persona tiene miedo a abandonar la seguridad de su casa, El contacto visual y la correcta percepción de los gestos son muy importantes en la conversación y en el relacionamiento humano.

Se hace difícil deambular en lugares poco familiares. Se tiene limitación para ver letreros e indicadores en calles y oficinas.

Las actividades diarias como el aseo personal, moverse en la casa, preparar alimentos, comer y vestirse se vuelven más difíciles.

El cuarto de baño es un lugar peligroso. La mala visión de profundidad y del contraste impide juzgar correctamente las distancias, evitar los obstáculos propiciándose las caídas.

La velocidad de lectura se altera por la baja percepción de contraste, factores musculares y neurológicos vuelven menos eficientes los desplazamientos oculares durante la lectura y pueden aparecer problemas cognitivos corticales.

El adulto mayor sufre el impacto del deslumbramiento en distinto grado y en variadas formas. En el exterior de la casa o al conducir gran cantidad de luz natural interfiere con la visión.

Dentro de la casa ocurre lo mismo cuando se está frente a una ventana muy iluminada por el sol o si hay iluminación artificial muy brillante que incide directamente o por reflejarse sobre superficies lisas y brillantes (espejos, piso, techo paredes). Esas luces intensas provocan una ceguera parcial y como el tiempo de recuperación del encandilamiento en el adulto es prolongado se incrementa la dificultad visual.

La resistencia al deslumbramiento está francamente disminuido, se puede medir con el test de stress macular: se mide la agudeza visual, se lo encandila 20 segundos y se mide el tiempo que tarda en recuperar la agudeza inicial. Hasta los 60 años lo normal es 30 a 40 segundos, en mayores de 68 años llega a ser 60 segundos y en mayores de 80 años tarda varios minutos. Este tiempo es aún mayor en casos de degeneración retiniana.

Las iluminaciones muy superiores al nivel de adaptación a la luz producen mayor deslumbramiento, por eso en la oscuridad es más fácil deslumbrarse

hasta con estímulos discretos.

(24)

Dolor ocular

El dolor ocular se puede describir como una sensación urente, pulsátil, dolorosa o lacerante ubicada en o alrededor del ojo. También se puede sentir como si tuviera algo alojado en el ojo.

Consideraciones

El dolor ocular puede ser un síntoma importante de un problema de salud. No olvide comentarle al médico si tiene un dolor en los ojos que no desaparece.

Una sensación de cansancio o de cierta molestia en los ojos (fatiga ocular) generalmente es un problema menor. Estos problemas pueden ser causados por una prescripción equivocada de anteojos o lentes de contacto. Algunas veces, se debe a un problema con el músculo ocular.

Causas

Muchas cosas pueden causar el dolor en los ojos o a su alrededor. Busque atención médica inmediata si el dolor es intenso, no desaparece o causa pérdida de la visión.

Algunas cosas que pueden provocar dolor ocular son:

- Quemaduras en el ojo
- Conjuntivitis (conjuntivitis aguda)
- Inflamación de los párpados superior e inferior
- Problemas con los lentes de contacto
- Problemas oculares (infección, irritación o lesión como, por ejemplo, una abrasión corneal)

- Cirugía ocular
- Glaucoma
- Migrañas
- Problemas sinusales
- Orzuelo
- Infecciones virales como la gripe

Cuidados en el hogar

Descansar los ojos con frecuencia puede aliviar la molestia debido a la fatiga ocular.

Si usa lentes de contacto, trate de usar gafas durante unos días para ver si el dolor desaparece. (25)

Irritación de ojo

El enrojecimiento, la comezón y la sensibilidad a la luz se presentan cuando sus ojos están resacos

El trabajo de nuestros ojos es un mecanismo complejo. Nos permiten disfrutar de todos los lugares de interés y entender casi todo lo que está sucediendo a nuestro alrededor. Este pequeño órgano de nuestro cuerpo también es muy delicado y está más expuesto que otros órganos, por lo tanto, más propenso al daño. En algún momento, todos hemos experimentado irritación de los ojos. La irritación de ojo puede ser debido a diversas razones, es frecuente, pero sin embargo, uno no debe ser laxo sobre su tratamiento y atención.

Una diminuta mota de polvo no mayor que un punto al final de esta oración puede sentirse como una roca puntiaguda si se aloja debajo de un párpado. Y si sus ojos están resacos por el viento o le lloran por el cloro, es difícil enfocar nada. Afortunadamente, es posible sortear este problema en un parpadeo.

¡Fuera polvo!

Si tiene una partícula dentro de un ojo, tire suavemente de las pestañas superiores para levantar el párpado. Gire el globo ocular. Si no produce suficiente lagrimeo para sacar la partícula, use un colirio esterilizado o lágrimas artificiales.

Algunas personas más audaces vuelven hacia afuera el párpado superior. A veces eso basta para expulsar la partícula. Si no da resultado, pruebe con un colirio simple. O lávese las manos, acumule agua en las cuencas de las manos e introduzca el ojo cerrado; ábralo dentro del agua para que salga la partícula. (26)

Síntomas de irritación de ojo

La mayoría de los síntomas asociados con la irritación de ojo son:

- Ardor
- Picazón
- Irritación en el párpado
- Ojo rojo
- Lagrimeo
- Sensibilidad a la luz
- Protuberancias en los párpados
- Manchas en la córnea
- Dolor ocular intenso

- Visión borrosa
- Caída de las pestañas
- Inflamación de los márgenes de los párpados.

Causas de irritación de ojo

Tanto las partes del ojo que son visibles como las que no pueden irritarse

debido a una serie de factores. Desde simple polvo a una infección dentro de la órbita.

Sobre la base de su causa es el tratamiento, por lo tanto es importante entender las diferentes causas. A continuación se presentan algunos de ellas:

Orzuelo

Una infección muy común, por lo general ocurre en todo el párpado. Un orzuelo es una infección de las glándulas sebáceas en el párpado. Cuando la suciedad queda atrapada en las glándulas, el resultado es una inflamación e irritación del párpado.

Blefaritis

Es también es una infección de los párpados. Esto ocurre debido al crecimiento de las pestañas superiores en los folículos presentes en la piel. Este problema crónico provoca la inflamación de los folículos por las pestañas.

Rosácea ocular

Una condición de la piel que cuando se produce cerca de los ojos puede causar irritación de los ojos. Se manifiesta a través de un párpado hinchado con una persistente sensación de ardor en los ojos.

Ojo seco

La irritación del ojo seco se produce como consecuencia de la sequedad de la córnea y la conjuntiva. Una deficiente o anormal producción de lágrimas o cambios en su composición lo provoca.

Queratitis

Queratitis refiere a una amplia gama de infecciones o inflamaciones de la córnea. Se trata de una erosión abierta en la capa externa de la córnea. El

tratamiento es una necesidad absoluta para impedir un mayor deterioro de la córnea.

Otras causas

- Iritis
- Acumulación de polvo
- Lentes de contacto infectados o de mala calidad
- Uso prolongado de maquillaje de ojos.(27)

Valoración Socio Familiar

Situación familiar

La evolución de la situación social en Perú ha generado fuerte deterioro en la familia, especialmente en las clases media y baja. Siguen aumentando los niveles de pobreza absoluta, los niveles de desigualdad no muestran mejoría, y sigue aumentando el empleo en el sector informal. Hay un alto número de personas desempleadas. Del personal empleado aumenta día a día el número de trabajadores sin contrato, y lamentablemente el 75% de los contratos son temporales. Uno de los puntos de preocupación central, con múltiples consecuencias, es que las serias dificultades ocupacionales son aún de mayor envergadura en los grupos jóvenes. El desempleo entre los jóvenes casi duplica al de los mayores de 25 años y es más elevado en las mujeres (28,29)

El área de Intervención Socio-Familiar se centra en la Familia y en el entorno social, ya que ello determina en gran medida el bienestar de la persona afectada, redundando en la mejora de la intervención.

Uno de los objetivos fundamentales consistirá en descubrir las necesidades de las familias.

Basándonos en el “Manual de Intervención Socio-Familiar” de la Confederación ASPACE destacamos:

Entendemos la intervención socio-familiar como la adecuación profesional encaminada a apoyar a la unidad familiar y activar sus potencialidades y recursos, con la finalidad de lograr un cambio positivo que contribuya a una mejoría de su calidad de vida.

Cuando hablamos de familia, entendemos por ella “grupo de personas que están emparentadas”, pero también, “conjunto de individuos que tienen alguna condición común”.

Luego el término “familia” en esta Escala, hace referencia a toda persona o grupo que por alguna circunstancia, convive con la persona afectada adoptando las funciones y roles familiar.

Convivencia.

Persona que vive.

Con familia directa de manera estable:

La “familia directa” hace referencia a la existencia de familia en primer orden:

Cónyuge, padre-madre y/o hijas. La persona atendida se siente totalmente integrada en la unidad de convivencia, por lo que la familia desea y puede asumir la responsabilidad de los cuidados domiciliarios.

En Residencia de manera estable:

Se trata de aquellos casos en los que se cuenta:

- a) con plaza concertada
- b) financiada en régimen privado

Sola, pero tiene familiares directos que se responsabilizan:

Vive sola, pero de alguna manera es atendida por padre, madre y/o hijas.

Con empleada de hogar interna y tiene familiares que supervisan la atención:

Dispone de personal contratado las 24 horas del día (cuidador/a interna), y además la persona cuenta con algún/os familiar/es que lo supervisen

Con familia de 2º o 3º grado y/o con personas sin relación de parentesco o acogimiento legal:

Situaciones en las que se cuenta con abuelos, hermanas, tías, sobrinas, vecinas, amigas...

Con familia de forma rotatoria:

Situación en la que la persona atendida cambia periódicamente de domicilio, con lo que se produce el hecho de "rotación familiar" y que puede darse tanto dentro como fuera de la Comunidad Autónoma. En este último caso, si rota fuera de Navarra, se indicará en las observaciones de la Escala la Comunidad Autónoma referente.

Con familiares de edad avanzada:

Convive con familiares de más de 65 años.

Con empleada/o de hogar interna/o y sin familiares que supervisen la atención:

Carencia de familia que se responsabilice de supervisar las atenciones que son prestadas por empleada de hogar interna.

Sola y no dispone de familiares directos u otras personas

comprometidas en el cuidado, ni cuidadores:

Con familiares que presentan una limitación o dependencia funcional y/asocial:

Los convivientes son personas que requieren atención, o no son capaces de asumir el cuidado de algún miembro de la familia que lo necesita, por distintos motivos:

Padece una enfermedad grave

Enfermedad mental

No cuenta con capacidades personales (actitudes y aptitudes) para afrontar la situación actual.

Drogodependencia

Discapacidad física y/o psíquica

Es menor de edad

Se encuentra en situación económica deficiente o inestable

Tiene cargas familiares

Existe presunción de malos tratos o negligencia La avanzada edad no se incluye en este apartado, ya que ello no implica necesariamente problemas de auto valimiento e incapacidad de asumir cuidados.

En este apartado estarían incluidos supuestos en los que concurran la situación de deterioro cognitivo o mental del usuario y la permanencia en el domicilio sola gran parte de la jornada. Dada la situación de riesgo, conviene señalarlo ellas observaciones de la Escala, así como el número de horas que pasa sola.

Sola y/o no acepta supervisión:

Existe disposición por parte de algún familiar, pero la persona dependiente no lo acepta.(34)

fundamentación:

La fundamentación de la intervención socio-familiar con las familias, en las que existe alguno de sus miembros con parálisis cerebral u otra discapacidad afín, se basará en...

1. La intensidad de la afectación, que suele superar a la presentada en otras minusvalías. Sus diferentes grados de afectación, en un número de casos significativo con pluri deficiencias, hace que la integración social sea más dificultosa que en otros colectivos, debido a poseer una imagen negativa, movimientos estereotipados que provocan ansiedad al interlocutor, etc.
2. El perfil específico de las familias. Las características y el grado de afectación del hijo, hermano,... va a condicionar y sobrepasar en gran medida a la familia, con reacciones de saturación, sobrecarga, incapacidad para la atención, miedos, etc.
3. La familia como núcleo de socialización. La familia es el lugar donde se viven las relaciones más profundas y estables, por ello es preciso conocer la filosofía y teoría de la familia.
4. Necesidad de un trabajo en equipo.

objetivos generales:

Atender de un modo integral las necesidades de la familia y del usuario.

Recoger las demandas, explícitas e implícitas, y las necesidades de las familias y del usuario.

Estudiar las características socio-familiares.

Favorecer actitudes de integración y normalización.

Prevenir situaciones de disfunción, por ej.: El aislamiento social.

Fomentar la autonomía en la resolución de problemas, Crear cauces de información continua(30)

Vivienda

Se entiende por vivienda habitual aquella en la que se reside al menos seis meses al año. En aquellos casos aislados en los que la persona usuaria tras permanecer en un centro residencial retorne al domicilio, se valorará las características de la vivienda en la que va a residir.

Con vivienda.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual:

Elegir la opción que se ajuste a la situación de tenencia o figura legal de la vivienda en la que la persona dependiente reside, sea en propiedad o en otras modalidades. Por ejemplo:

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Propiedad de la persona solicitante:

Se entiende por vivienda en propiedad aquella escriturada a nombre de la persona dependiente. La propiedad aporta mayormente estabilidad y acceso a prestaciones que son inherentes a la propiedad.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: propiedad de un miembro de la unidad familiar:

La vivienda en la que reside la persona dependiente se encuentra escriturada a nombre de un familiar con el que convive (por ejemplo a nombre del cónyuge, hijas, padres, hermanas...)

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Propiedad compartida con otros familiares:

La vivienda habitual está escriturada a nombre de varios familiares, entre los que se encuentra la persona solicitante

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Vivienda cedida en uso y sufructo:

Derecho de uso de una vivienda perteneciente a otras personas.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual:

Piso tutelados y residencia:

Régimen de tenencia de la vivienda habitual:

Alquiler:

Uso de una vivienda, con ciertas condiciones y por un precio convenido.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual:

Casa particular en la que se alojan huéspedes mediante pago.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Patrona protegida:

Casa particular en la que se alojan huéspedes mediante pago en el que se ejerce cierto grado de supervisión. En Navarra se utiliza como recurso para enfermos mentales crónicos.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual:

Arrendamiento de una vivienda o parte de ella a una persona que previamente la tiene arrendada (alquilada).

Condiciones de habitabilidad: Dispone de todas las dotaciones y equipamiento básico, reúne condiciones mínimas de habitabilidad y

carece de barreras arquitectónicas:

Se consideran servicios indispensables: tener calefacción en todas las dependencias de la casa, lavadora automática, frigorífico, teléfono, agua caliente, disponer de habitación sin tener que compartirla con otros miembros. Se entiende por todo aquello que se necesita en el domicilio y posibilita una mejor atención a la persona dependiente. Como por ejemplo disponibilidad de: material sanitario y ortopédico, cama articulada, silla de ruedas, grúa, baño adaptado, teléfono de emergencia, etc. Que las habitaciones cuenten con ventanas o balcón al exterior.

Condiciones de habitabilidad: Dispone de suficientes condiciones de habitabilidad, pero hay barreras arquitectónicas y/o falta de equipamiento:

Existen barreras arquitectónicas que pueden eliminarse mediante adaptación u obras. No cuenta con habitación individual y necesariamente ésta se tiene que compartir con otro miembro de la familia, hay falta espacio, etc. Puede darse, así mismo, la falta de dotación en equipamiento básico. En cualquier caso, todas estas carencias o limitaciones pueden ser subsanadas.

Condiciones de habitabilidad: Existen importantes déficits, no superables, en condiciones de habitabilidad, equipamiento básico y/o barreras arquitectónicas

En la vivienda faltan dos o más de los servicios indispensables. Higiene deficitaria. Las habitaciones tienen ventanas que dan a patios interiores o son muy pequeñas, suponiendo problemas de ventilación o iluminación. Existen barreras arquitectónicas que afectan a la persona dependiente. En general, la vivienda no se ajusta a sus necesidades, pero los problemas detectados no son superables.

Condiciones de habitabilidad, equipamiento y barreras que pueden comprometer la salud:

Se detecta carencia significativa de los servicios indispensables. Tiene barreras arquitectónicas no eliminables mediante adaptación u obra. Las habitaciones no disponen de ventanas. La vivienda está afectada por problemas de humedad. La vivienda tiene falta de higiene, carece de ventilación y/o tiene problemas estructurales. Un déficit significativo en alguno de los aspectos señalados o la acumulación de varios de ellos, comprometen su salud.

Accesibilidad: La vivienda se encuentra bien ubicada, con accesibilidad a los medios de comunicación y a los servicios:

Se entiende por bien ubicada cuando está dentro del casco urbano, en zona urbanizada, bien comunicada mediante transporte público y dotado de servicios comunitarios: Centro de Salud, Farmacia, Entidades Bancarias, Tiendas, Servicios Sociales de Base, etc.

Accesibilidad: La vivienda se encuentra situada en el casco urbano (ciudad/pueblo), pero existen limitaciones en el acceso a los servicios comunitarios:

Las limitaciones mencionadas hacen referencia a alguna de estas situaciones o la acumulación de varias de ellas:

Mala dotación de servicios

Medios de transporte insuficientes

Viviendas ubicadas en zonas de buena dotación de recursos, pero con el acceso limitado a los mismos por las propias barreras arquitectónicas.

Accesibilidad: La vivienda se encuentra ubicada en una zona aislada, carente de medios de comunicación y con gran dificultad

de acceso a los servicios comunitarios:

Vivienda que se encuentra distante de la zona urbanizada del pueblo o ciudad. Puede tratarse de vivienda unifamiliar o piso integrado en un bloque de viviendas, con gran dificultad de acceso a los servicios comunitarios y al transporte público.

Sin vivienda

Su situación económica es tan precaria o su grado de desestructuración tal, que le impiden acceder y poder vivir en una vivienda.

La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas. Otras denominaciones de vivienda son: apartamento, aposento, casa, domicilio, estancia, hogar, lar, mansión, morada, piso, etc(31)

Desde las primeras casas construidas de barro, paja y piedras, hasta los grandes edificios de ladrillos modernos, pasaron muchos años, y la arquitectura sigue avanzando para brindar moradas cada vez más aptas a los requerimientos de las nuevas sociedades, que albergarán allí no solo sus criaturas físicas, sino los elementos que hacen su vida más placentera y útil, conformada cada vez más por elementos tecnológicos, que también se incluyen en las propias construcciones de viviendas (Porteros eléctricos, alarmas, apertura y cierre automático de puertas, etc.)

En las viviendas residen las personas individualmente, o con otras personas, muchas veces conformando familias, unidas por sentimientos de pertenencia a ese lugar físico, que abriga sus pertenencias materiales y alberga sus emociones y recuerdos, lo que convertirá a esa vivienda en un hogar. En las viviendas, sus integrantes comparten comidas, sueños, charlas, descansan y proyectan. Es no solo un refugio

material sino también espiritual.

Existen viviendas construidas en las ciudades o urbanas, generalmente de menores dimensiones que las realizadas en ámbitos rurales o alejados de los grandes núcleos urbanos, unifamiliares o multifamiliares (casas o edificios en propiedad horizontal). Hay viviendas construidas sobre pilotes, para impedir el avance de las aguas sobre ellas en zonas inundables, lo que demuestra que deben adaptarse a los diferentes condicionantes naturales. No son las mismas viviendas, por ejemplo, las que se construirán en zonas frías que en zonas cálidas.

Las viviendas poseen un valor económico de intercambio, y constituye a sus propietarios, en dueños de inmuebles edificados, bienes registrables, sujetos a gravámenes, pero también les brindan a sus propietarios seguridad frente a los vaivenes de la economía, ya que generalmente la inversión en viviendas es relativamente segura.

Entre los derechos humanos fundamentales, reconocidos constitucionalmente se halla el acceso a una vivienda digna.(32)

Situación economía

Ingreso familiar: se define como la suma de las remuneraciones al trabajo de los miembros de la familia ocupados (OCEI, 1986).

Pobreza extrema: se consideran familias en condiciones de pobreza extrema aquellas con ingresos mensuales menores al costo de la Canasta Referencial Mínima de alimentos (CRM). Esto significa que aún destinando el 100% del ingreso al gasto de alimentos, no logran satisfacer los mínimos requerimientos nutricionales. Los grupos familiares en pobreza extrema se consideran en situación de indigencia y con mayor riesgo de desnutrición [González et. al, 1988].

Pobreza crítica: se refiere a los hogares cuyos ingresos mensuales están entre una y dos veces el costo de la CRM. Las familias en

situación de pobreza crítica estarían obligadas a gastar al menos el 50% de los ingresos en alimentos, a riesgo de sufrir desnutrición, quedando el 50% restante para satisfacer sus necesidades básicas (vivienda, salud, transporte, vestido, recreación y otras)

Pobreza: se refiere al conjunto de familias en situación de pobreza crítica y extrema. Es decir, familias cuyos ingresos mensuales son menores al doble del costo del CRM.

Curva de Lorentz: es una curva que sirve para mostrar la relación que existe entre los grupos de la población (familias) y sus respectivas participaciones en la renta total generada. La línea de distribución en el gráfico indica una distribución igualitaria del ingreso (por ejemplo, el 10% de los ingresos totales). Mientras la curva se aleje más de la línea de distribución, mayor será la Desigualdad en la distribución del ingreso.(33)

Relaciones sociales

Existen diferentes variables que determinan que la persona mayor, perciba una mayor o menor posibilidad de relaciones sociales. En la variable edad, el grupo que mayor porcentaje obtiene es el de más de 75 años.

Muy posiblemente, una vez pasados los primeros momentos en los que se produce un cierto desencanto al no ver cumplidas muchas de las expectativas esperadas, el sujeto se adapta a sus nuevas circunstancias; supera su crisis y retoma unas nuevas estrategias de vida a través de una reestructuración cognitiva y del desarrollo de nuevas conductas adaptadas a sus circunstancias vitales. Dentro de estas estrategias estarían situadas las relaciones sociales. Aparece así como un elemento básico de la intervención en el cambio social de la tercera edad el ser capaces de aportar el apoyo social necesario para la

adecuada superación del periodo vital.

Además, debemos tener en cuenta que este apoyo social es más necesario en el caso de los hombres. Pues es en este grupo en el que mayores índices de cambio se operan al llegar el momento de la jubilación, algo específico de estas generaciones y que probablemente con la modernización y equiparación de roles sociales que estamos viviendo se irá mermando.

Posiblemente uno de los desencadenantes que mayor peso específico tengan en esa baja percepción de posibilidad de relaciones sociales sea la pérdida del rol laboral, hipótesis que desde la teoría de la actividad se afirma ya que sólo el sujeto activo es un sujeto que está satisfecho. Si durante un gran porcentaje de nuestras vidas la mayor ocupación de nuestro tiempo es el trabajo y por tanto es en él donde desarrollamos gran parte de nuestras relaciones sociales, se hace necesaria una adecuada planificación de la jubilación no en el estricto

Sentido económico. Dotar a los sujetos jubilados de actividades con las que realmente se sientan identificados y que no minusvaloren sus capacidades ni hagan que se asuman estereotipos negativos, se plantea como un elemento básico de la intervención en cuanto a actividades de ocio y tiempo libre(35)

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

Reacción al sonido

La pérdida de audición en adultos es una disminución de la capacidad para percibir sonidos. En los adultos, la pérdida de la audición puede ser parcial o total, súbita o gradual, temporal o permanente. Puede afectar a un oído o ambos

Ojo seco

La irritación del ojo seco se produce como consecuencia de la sequedad de la córnea y la conjuntiva. Una deficiente o anormal producción de lágrimas o cambios en su composición lo provoca.

Queratitis

Queratitis refiere a una amplia gama de infecciones o inflamaciones de la córnea. Se trata de una erosión abierta en la capa externa de la córnea. El tratamiento es una necesidad absoluta para impedir un mayor deterioro de la córnea.

2.4 HIPÓTESIS

Dado que el síndrome de la de privacion afecte al adulto mayor e auditivo y visual es probable que lo afecte en el nivel socio familiar. |

2.5. VARIABLES

Variables X:

síndrome de la de privación auditivo y visual en el adulto mayor

2.5.1. Operacionalización de la variable

Variable	Indicador	sub indicador	Ítems	instrumento	Valoración	escala
Síndrome de privación auditivo y visual	Auditivo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reacción al sonido ➤ Comprensión ➤ Conversación ➤ Molestia al escuchar 	1,2,3,4 5,6,7,8,9 10,11,12,13 14,15,16,17,,18	Cuestionario	Leve	nominal
	Visual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ver con claridad ➤ Lectura ➤ Fatiga ➤ Dolor ➤ Irritación 	1,2 3 4,5 6 7,8,9,		Leve Moderado Severo	
	Valoración Sociofamiliar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vivienda ➤ Situación familiar ➤ Situación económica ➤ Relaciones sociales ➤ Apoyo de la red social 	10 1 1 1 1 1	Cuestionario	Existe probable riesgo Existe riesgo Buena	

CAPITULO III:METODOLOGIA

3.1 NIVEL Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo

El tipo de investigación descriptivo de método de expofacto enfoque cuantitativo por digna positivista.

Por el número de variables bivariados por la temporalidad prospectiva por la variación por el objetivo de estudio efectivo por la unidad de estudio de campo.

Diseño:

Se grafica según el tipo de investigación Ejemplo: No Experimental
Transversales Descriptivo

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

A. Ubicación Espacial

Esta investigación se realizara en el centro de salud de Francisco Bolognesi

Del distrito de Cayma en la ciudad de Arequipa Dicho Centro de Salud

cuenta con micros red en diferentes sitios de Caymaen este centro de salud cuenta con diferentes sitios de consultorios y también cuenta para el adulto mayor

B. Ubicación Temporal

El estudio se realizó del mes de marzo a abril del 2014

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Todos los adultos mayores en el centro de salud de la MicroRed Francisco Bolognesi en el distrito de Cayma-Arequipa,2014.

Para ello se toma encuentra según el número de personas adultos mayores que se encuentra en las siguiente tablas

Muestra

300 adultos mayores en el Centro de Salud de la MicroRed Francisco Bolognesi en el distrito de Cayma Arequipa

Criterios de Inclusión

- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes mayores de edad
- Pacientes registrados en la Micro Red

Criterios de Exclusión

- Paciente con problema auditivo y visual
- Paciente con problemas socio familiar
- Paciente que no desea responder al instrumento

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Técnicas

A. variable X:el síndrome de la de privación auditivo y visual, se aplicará una encuesta

Instrumentos

Variable X: Conocimiento sobre la de privación auditivo y visual, se aplicará una encuesta

Para evaluar la variable x conociendo sobre la de privación auditivo y visual el cuestionario consta de 28 ítems que corresponde a SI; NO y está distribuido según sus indicadores auditivo y visual, elaborado por la investigadora

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se tendrá en cuenta la validez, que involucra los datos expuestos y la información que se presenta; a partir de la cual se toma en cuenta la validez , que se considera válida porque se basa en los datos adquiridos producto de la observación y de los estudios teóricos de la investigación.

Validez teórica, que se expresa en la construcción del marco teórico que definen intrínsecamente la recopilación y la interpretación de los datos en la etapa inicial de la investigación.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la investigación se trabajará con un ordenador COREL I 3 y para el procesamiento de datos el Programa de Excel y el paquete estadístico SPSS21. Para el análisis descriptivo se trabajará en medidas de tendencia central asimismo como tablas de frecuencia y gráficos de barras.

CAPITULO IV; RESULTADOS

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE LA PRIVACIÓN AUDITIVA Y VISUAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN NIVEL SOCIO FAMILIAR EN LA MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI DEL DISTRITO DE CAYMA AREQUIPA, 2014.

Nivel Socio Familiar	Privación Auditiva Visual						Total	
	LEVE		MODERADO		SEVERO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Buena	22	7%	29	10%	13	4%	64	21%
Existe probable riesgo	10	4%	22	7%	60	20%	92	31%
Existe riesgo	13	4%	37	12%	94	32%	144	48%
Total	45	15%	88	29%	167	56%	300	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, Los adultos mayores que tienen características del síndrome de privación auditiva visual severas tienen un nivel socio familiar de riesgo en un 32%(94) en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, Los adultos mayores que tienen características del síndrome de privación auditiva visual Moderado tienen un nivel socio familiar de riesgo en un 12%(37) y los que tienen un nivel Leve tienen a su vez un buen nivel socio familiar en un 7%(22). Estos resultados nos indican que ambas variables se relacionan.

TABLA 2

PRIVACIÓN AUDITIVA Y VISUAL EN EL ADULTO MAYOREN LA MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI DEL DISTRITO DE CAYMA AREQUIPA, 2014.

Síndrome Auditiva Visual	N° Adulto mayor	Porcentaje
LEVE	45	15%
MODERADO	88	29%
SEVERO	167	56%
Total	300	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, Los adultos mayores tienen características del síndrome de privación auditiva visual en un nivel severo en un 56%(137) en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, nivel Moderado en un 29%(88) y Leve en un 15%(45).

TABLA 3

NIVEL SOCIO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR EN LA MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI DEL DISTRITO DE CAYMA AREQUIPA, 2014

Nivel Socio Familiar	N° Adulto mayor	Porcentaje
Buena	64	21%
Existe probable riesgo	92	31%
Existe riesgo	144	48%
Total	300	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, Los adultos mayores tienen un nivel socio familiar en un nivel de riesgo en un 48%(144) en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, nivel probable riesgo en un 31%(92) y Buena en un 21%(64).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H1: Existe relación entre las características del síndrome de la privación auditiva y visual en el adulto mayor y el nivel socio familiar en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, 2014.

Ho: Existe relación entre las características del síndrome de la privación auditiva y visual en el adulto mayor y el nivel socio familiar en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, 2014.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$

Tabla 2: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Privación auditiva y visual	Socio familiar
Privación auditiva y visual	Correlación de Pearson	1	,831**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	300	300
Socio familiar	Correlación de Pearson	,631**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	300	300

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 2, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,903, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Privación auditiva y visual Conocimientos y Socio familiar, con un nivel de significancia de valor $<0,05.p$.

Siendo cierto que: Existe relación entre las características del síndrome de la privación auditiva y visual en el adulto mayor y el nivel socio familiar en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, 2014.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Los adultos mayores que tienen características del síndrome de privación auditiva visual severas tienen un nivel socio familiar de riesgo en un 32%(94) en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, Los adultos mayores que tienen características del síndrome de privación auditiva visual Moderado tienen un nivel socio familiar de riesgo en un 12%(37) y los que tienen un nivel Leve tienen a su vez un buen nivel socio familiar en un 7%(22). Estos resultados nos indican que ambas variables se relacionan. Coincidiendo con García. (2000) quien llegó a las Conclusiones: La pérdida de visión no repercute de igual forma entre los ancianos y se ha asociado entre ellos a una peor salud auto percibida, peor calidad de vida y a una mayor prevalencia de déficit cognitivos y de depresión. El médico general en la valoración geriátrica anual debe incluir de forma rutinaria el examen visual con la carta de Snellen y debe estar capacitado para orientar a la familia durante el proceso de adaptación del paciente geriátrico ante las nuevas condiciones de vida producto de la discapacidad visual

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Los adultos mayores tienen características del síndrome de privación auditiva visual en un nivel severo en un 56%(137) en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, nivel Moderado en un 29%(88) y Leve en un 15%(45). Coincidiendo con Buitrago (2008) Este estudio reconoce la importancia de los factores multidimensionales que intervienen en el bienestar de la población adulta; teniendo en cuenta que en el contexto Colombiano del Siglo XXI, la población mayor se encuentran expuesta a diversas situaciones tales como: la crisis económica, el desempleo, la violencia intrafamiliar, los malos tratos, las pobrezas, el conflicto armado entre otros, que van en contra de la estabilidad mental de las personas desencadenado cambios en la conducta y en el comportamiento social.

De acuerdo con lo anterior la OMS (2001) afirma que: El 10% (500 millones) de la población mundial sufre un trastorno mental en algún momento de su vida. El 1% (50 millones) de la población mundial padece en estos momentos una enfermedad mental grave. El 50% de los pacientes que acuden a una consulta de Medicina General padecen primaria o secundariamente problemas mentales. El 50% de las camas hospitalarias en los países con servicios sanitarios desarrollados están ocupadas por enfermos mentales, a pesar de la tendencia progresiva a tratar a estos pacientes en su medio. Conclusión: que aproximadamente el 12% de la carga de morbilidad en el mundo es consecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento; a su vez refiere que cerca del 2.5% de esta población mundial la constituyen las personas de la tercera edad. Por lo tanto a la situación del normal deterioro físico ocurrido en la vejez se le aúna los problemas propios de la enfermedad mental, lo que hace que este grupo etario se encuentre en estado de mayor vulnerabilidad y riesgo en las sociedades actuales.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Los adultos mayores tienen un nivel socio familiar en un nivel de riesgo en un 48%(144) en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, nivel probable riesgo en un 31%(92) y Buena en un 21%(64). Coincidiendo con Ferrando Y Pallero (2005) Los resultados indican que la escala resulta particularmente útil en la población de interés y que tiene un peso importante en la Evaluación del ajuste a la pérdida visual en la población de mayores con déficit visual. Coincidiendo además con Ruiz-Dioses; Campos-León, Peña (2002) Resultados. La mayoría (69,8%) de la población eran mujeres (44,5%) entre 60 y 69 años, 31,9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 79,4% de adultos mayores es independiente, 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tiene problema social. La mayoría (66,1%) carece de un seguro de salud. Las enfermedades prevalentes fueron hipertensión arterial (42,5%), artrosis (33,6%) y el antecedente de tuberculosis estuvo presente en el 6,6%. Las mujeres tuvieron una peor situación socio familiar ($p < 0,05$) y la valoración funcional y clínica se deterioró con la edad ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

PRIMERO

Los adultos mayores que tienen características del síndrome de privación auditiva visual severas tienen un nivel socio familiar de riesgo en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa, los adultos mayores que tienen características del síndrome de privación auditiva visual Moderado tienen un nivel socio familiar de riesgo y los que tienen un nivel Leve tienen a su vez un buen nivel socio familia. Estos resultados nos indican que ambas variables se relacionan. Confirmado estadísticamente por la R de Pearson con un valor de 0,831 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Los adultos mayores tienen características del síndrome de privación auditiva visual en un nivel severo, en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa,

TERCERO

Los adultos mayores tienen un nivel socio familiar en un nivel de riesgo en la micro red Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa,

RECOMENDACIONES

Introducir instrumentos de valoración geriátrica que ayude a identificar prontamente la capacidad funcional, probable deterioro auditivo visual, síndromes geriátricos de mujeres y varones adultos mayores

Realizar estudios longitudinales que serían de utilidad para comparar los síndromes geriátricos Versus capacidad funcional audio visual de la población evaluada que considere el tiempo de enfermedad como variable contribuyente a la afectación de la capacidad funcional

Promover ante una alta prevalencia de síndromes geriátricos es necesario que la historia clínica se complemente con la Valoración Geriátrica Integral, conformada por la evaluación audio visual funcional, cognitiva, afectiva familiar, nutricional y social; para facilitar su detección y posterior prevención de complicaciones, tratamiento y evaluación cronológica.

Capacitar y sensibilizar al personal de salud encargado de dar atención al paciente adulto mayor sobre la importancia de aplicar correctamente esta valoración, para mejorar resultados y el plan de cuidados del paciente adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3455/1/chaponan_sm.pdf
2. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/repercusion_funcional_perdida_de_vision.pdf
3. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/repercusion_funcional_perdida_de_vision.pdf
4. <http://www.vidaysalud.com/su-salud-de-a-a-z/sintomas/perdida-de-la-audicion-en-adultos/>
5. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/repercusion_funcional_perdida_de_vision.pdf
6. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/repercusion_funcional_perdida_de_vision.pdf
7. <http://www.psicothema.com/pdf/3771.pdf>
8. <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13311/T62.08%20B868f.pdf?sequence=1>
9. <http://www.psicothema.com/pdf/3771.pdf>
10. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=58904&id_seccion=2129&id_ejemplar=5961&id_revista=132
11. <http://es.slideshare.net/clcclc/virginia-henderson-12314848>
12. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/madeleine-leininger.html>
13. <http://www.eumus.edu.uy/docentes/maggiolo/acuapu/sau.html>
- 13: <http://www.neurowikia.es/content/epidemiolog%C3%AD>
- 14: <http://www.monografias.com/trabajos82/deficiencia-sensorial-auditiva/deficiencia-sensorial-auditiva.shtml#ixzz4BfLgY0jF>
14. <http://www.centrodefoniatría.com/audicion/audiadulto.htm>
15. <http://gerontociencia.galeon.com/aficiones1300461.html>

- 15: <http://www.vidaysalud.com/salud-de-a-a-z/sintomas/perdida-de-la-audicion-en-adultos/>
- 16: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/abaco-portlet/content/aca52fcb-f247-4c4b-88b6-690486023ca3>
16. http://www.osman.es/contenido/profesionales/ruido_salud_osman.pdf
17. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001045.htm>
18. <http://www.vidaysalud.com/salud-de-a-a-z/sintomas/perdida-de-la-audicion-en-adultos/>
19. [file:///C:/Users/USER/Downloads/ENFERMEDADES%20AUDITIVAS%20Y%20VISUALES%20.\[1\]marilu%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/ENFERMEDADES%20AUDITIVAS%20Y%20VISUALES%20.[1]marilu%20(1).pdf)
20. <http://www.vidaysalud.com/salud-de-a-a-z/sintomas/perdida-de-la-audicion-en-adultos/>
21. <http://carmenvidal.wordpress.com/2008/01/04/efectos-del-ruido-en-el-ser-humano/>
22. http://nmhomeofmyown.org/espanol/mantenimiento/facilitar_la_vida/vista_y_oído.html
23. http://nmhomeofmyown.org/espanol/mantenimiento/facilitar_la_vida/vista_y_oído.html
24. http://www.ehowenespanol.com/cuales-son-causas-vision-borrosa-doble-lista_136488/
25. <http://saludnatural.biomanantial.com/vision-borrosa-o-nublada-causas-y-tratamiento-natural/>
26. <http://distintacapacidad.blogspot.com/2010/01/problemas-de-la-vision-en-el-adulto.html>
27. <http://demedicina.com/vision-borrosa/>
28. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia11.pdf>
29. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003032.htm>
30. <http://www.selecciones.es/irritacion-de-los-ojos>
31. <http://yasalud.com/irritacion-de-o>
32. **<http://www.buenastareas.com/ensayos/Situacion-De-La-Familia-En-Peru/169152.html>**

33. **<http://www.buenastareas.com/ensayos/Situacion-De-La-Familia-En-Peru/169152.html>**
34. http://apacetoledo.org/servicio_intervencion_socio_familiar.html
35. <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda>
36. <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/vivienda>
37. http://iies.faces.ula.ve/Revista/Articulos/Revista_06/Pdf/Rev6Gutierrez.pdf
38. <http://es.scribd.com/doc/2623860/Escala-de-Valoracion-Social-de-la-Dependencia>
39. <http://www.vejezyvida.com/relaciones-sociales-en-la-tercera-edad/>

ANEXOS

ANEXO Nº1

**TITULO: SINDROME DE DEPRIVACIÓN AUDITIVO Y VISUAL EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN NIVEL SOCIO FAMILIAR
MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI-CAYMA AREQUIPA 2014**

problema	objetivo	Marco teórico	hipótesis	Variables e indicadores	Metología
<p>Síndromes de deprivación auditiva y visual en el adulto mayor según nivel socio familiar miro red Francisco Bolognesi distrito Cayma- Arequipa 2014</p>	<p>Objetivo General Determinar las características del síndrome de la De privación auditiva y visual en el adulto mayor según nivel socio familiar miro red Francisco Bolognesi distrito Cayma Arequipa 2014</p> <p>Objetivo específico Determinar la de privación auditiva y visual en el adulto mayor</p>	<p>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulación del problema • Objetivo • Justificación <p>MARCO TEORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes investigativos • Base teórico • Hipótesis y variable <p>VARIABLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operalización de variable <p>METOLOGIA DE LA INVESTIGACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo y diseño de la investigación • Población y muestra • Técnica de instrumento 	<p>Hipótesis y variables</p> <p>Dado que el síndrome de la de privación afecte en el adulto mayor en lo auditivo y visual es probable afecte en el nivel socio familiar en la MicroRed de Francisco Bolognesi en el distrito de Cayma Arequipa</p>	<p>Variables</p> <p>Variables X : síndrome de la de privación auditivo y visual en el adulto mayor</p>	<p>TIPO</p> <p>El tipo de investigación descriptivo de método de expofacto enfoque cuantitativo por digna positivista. Por el número de variables bivaridos por la temporalidad prospectiva por la variación por el objetivo de estudio efectivo por la unidad de estudio de campo</p> <p>DISEÑO:</p> <p>Se grafica según el tipo de investigación Ejemplo: no experimental ,transversales: descriptivo</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>. Ámbito</p> <p>C. Ubicación Espacial</p> <p>Esta investigación se realizara</p>

<p>Identificar como influye la reacción al sonido en el auditivo</p> <p>Identificar como influye la comprensión en el auditivo</p> <p>como influye la conversación en el auditivo</p> <p>Identificar como influye la dificultad al escuchar en el auditivo</p> <p>Determinar las principales causas del deterioro visual</p>				<p>en el centro de salud de Francisco Bolognesi</p> <p>Del distrito de Cayma en la ciudad de Arequipa Dicho centro de salud cuenta con micros red en diferentes sitios de Caymaen este centro de salud cuenta con diferentes sitios de consultorios y también cuenta para el adulto mayor</p> <p>D. UBICACIÓN</p> <p>Temporal</p> <p>El estudio se realizo del mes de marzo a abril del 2014</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>Todos los adultos mayores en el centro de salud del micro red de Francisco Bolognesi en el distrito de cayma Arequipa</p> <p>Para ello se toma encuentra según el número de personas adultos mayores que se encuentra en las siguiente tablas</p> <p>MUESTRA</p> <p>300 adultos mayores en el centro de salud del micro red de Francisco Bolognesi en el</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

distrito de caymaArequipa

Criterios de Inclusión

- Pacientes en ambos sexos
- Pacientes en mayores de edad
- Pacientes registrados en la micro red con sis ; sin sis

Criterios de Exclusión

- Paciente con problema auditivo y visual
- Paciente con problema de socio familiar
- Paciente que no desea responder al instrumento

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICAS

A. variable X:el síndrome de la de privación auditivo y visual, se aplicara una encuesta

INSTRUMENTOS

Variable X:Conocimiento sobre la de privación auditivo y visual, se aplicara una

					<p>encuesta</p> <p>Para evaluar la variable x conociendo sobre la de privación auditivo y visual el cuestionario consta de 28 ítems que corresponde a SI; NO y está distribuido según sus indicadores auditivo y visual, elaborado por la investigadora</p>
--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente de investigación

Mi participación consiste en responder algunas preguntas sobre el síndrome de privación auditiva y visual según socio familiar para este

La señorita estudiante Milagros Venegas Coaguila me a explicado amplia y claramente que es la responsable de la investigación, me explico que no implica ningún riesgo que los datos que yo le proporcione son confidenciales sin haber posibilidad de identificación individual.

Acepto participar voluntariamente en este estudio

Gracias por su participación

Cuestionario

Fecha N° _____

Edad _____

Sexo:(F) (M) _____

Grado de instrucción: _____

Antecedentes Familiares:(SI) (NO)

Estado civil:(S) (V) (C) (CA)

Ocupación: _____

Convivencia: _____

Seguro (SIS) (OTROS) (SIN S)

1- Localiza de donde proviene un sonido (adelante, atrás, derecha e izquierda, arriba, abajo)

SI () NO ()

2- Identifica las voces de sus familiares o amigos cercanos sin tener que mirarlos

SI () NO ()

3- Diferenciar los sonidos de dos o más instrumentos musicales, por ejemplo: un violín de una flauta, un violín de una guitarra, un tambor de una pandereta

SI () NO ()

4-Tiene la capacidad para dirigir y mantener la atención hacia una señal acústica importante por un período largo de tiempo

SI () NO ()

5-Logra usted comprender lo que escucha por la televisión

SI () NO ()

6-Si le brindará más de 4 indicaciones, podría usted realizarlas en el orden solicitado

SI () NO ()

7-Si le dicta un número telefónico o un mensaje con dos o más instrucciones, puede usted memorizarlo para posteriormente anotarlo

SI () NO ()

8- conoce el contexto de una conversación puede diferenciar palabras que tengan una terminación parecida, por ejemplo: barro/carro, lazo/vaso, tira/ira, vaca/laca

SI () NO ()

9: ¿Entiende mal lo que otros están diciendo y respondo de manera inapropiada?

SI () NO ()

10: Tiene problemas para entender una conversación en un ambiente ruidoso

SI () NO ()

11: Cuando está hablando dos o más personas a la vez, puede usted comprender lo que cada uno de ellos dice

SI () NO ()

12: ¿Se le hace difícil seguir una conversación cuando hay más de dos personas hablando a la vez?

SI () NO ()

13: ¿A menudo les pide a las personas que repitan lo que han dicho?

SI () NO ()

14: Tiene problema para escuchar cuando habla por el teléfono?

SI () NO ()

15: Tiene problemas para escuchar cuando hay ruido?

SI () NO ()

16: ¿escucha un zumbido silbido todo el tiempo?

SI () NO ()

17: ¿pareciera que algunos ruidos suenan muy fuertes?

SI () NO ()

18: ¿Necesita subir el volumen más alto de la televisión o de la radio, más que las otras personas en la sala?

SI () NO ()

Cuestionario

Fecha N° _____

Edad _____

Sexo:(F) (M) _____

Grado de instrucción: _____

Antecedentes Familiares:(SI) (NO)

Estado civil:(S) (V) (C) (CA)

Ocupación: _____

Convivencia: _____

Seguro (SIS) (OTROS) (SIN S)

1: Tiene Uds. Dificultad para ver la televisión con claridad o borrosa en su casa

Siempre

A veces

Nunca

2: Tiene Uds. dificultad para ver letras medianas en su lectura

Siempre

A veces

Nunca

3:Uds.Tiene limitación para ver letreros e indicadores en calles y oficinas.

Siempre

A veces

Nunca

4: tiene dificultad para leer un libro, y para realizar trabajos manuales finos.

Siempre

A veces

Nunca

5: Dificultad para leer la hora del reloj pulsera y acertar en los botones del control remoto de la TV

Siempre

A veces

Nunca

6: cuando tiene una visión doble se siente mareada

Siempre

A veces

Nunca

7: cuando tiene dolor fuerte Uds. se autone dica sin consultar a su médico

Siempre

A veces

Nunca

8: Cuando hay una iluminación artificial muy brillante que incide directamente o por reflejar sobre la superficies lisas y brillantes (espejos, piso, techo paredes) le provoca una ceguera parcial

Siempre

A veces

Nunca

9: Cuando mira forzosamente le irrita la vista con lágrimas

Siempre

A veces

Nunca

10: Cuando está sin protección en la calle los rayos solares le irrita la vista

Siempre

A veces

Nunca

CUESTIONARIO 4 VALORACION SOCIO FAMILIAR

SITUACION FAMILIAR		
A	Vive con familia, sin conflicto familiar 1	
B	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física psíquica 2	
C	Vive con cónyuge de similar edad 3	
D	Vive solo y carece y tiene hijos con vivienda próxima 4	
E	Vive solo y carece de hijos o viven lejos interior del país o extranjero 5	
SITUACION ECONOMICA		
A	2 veces el salario mínimo vital 1	
B	Menos de 2 pero más de 1 salarios mínimos vitales 2	
C	Un salario mínimo vital 3	
D	Ingreso irregular menos de mínimo vital 4	
E	Sin pensión sin otros ingresos 5	
VIVIENDA		
A	Adecuada a las necesidades 1	
B	Barrera arquitectónicas en la vivienda 2	
C	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado 3	
D	Vivienda semi construida o de material rustico 4	
E	Asentamiento humano invasión o sin vivienda 5	
RELACIONES SOCIALES		
A	Mantiene relaciones sociales en la comunidad 1	
B	Relación social solo con familia y vecinos 2	
C	Relación social solo con la familia 3	
D	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia 4	
E	No sale del domicilio y no recibe visitas 5	
APOYO DE LA RED SOCIAL		
A	No necesita apoyo 1	
B	Requiere apoyo familiar o vecinal 2	
C	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social 3	
D	No cuenta con seguro social 4	
E	Situación de abandono familiar 5	