

TESIS

**“APLICACIÓN DEL TALLER DE ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y SU INFLUENCIA EN LA DISMINUCIÓN DE LA
DEPRESIÓN EN EL GERONTO DEL HOGAR SAN JOSÉ DE
LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE
CHICLAYO - 2018”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICANCIADA EN
ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR:
ROSA ELIZABETH PANTA LÓPEZ**

**ASESOR:
MG. ISABEL RAMOS TRUJILLO**

LIMA – PERU, 2019

**APLICACIÓN DEL TALLER DE ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y SU INFLUENCIA EN LA DISMINUCIÓN DE LA
DEPRESIÓN EN EL GERONTO DEL HOGAR SAN JOSÉ DE
LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE
CHICLAYO – 2018**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Aplicar el Taller de Enfermería en Salud Mental y medir su influencia en la disminución de la Depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=50 ancianos), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ($\alpha=0,953$).

CONCLUSIONES:

Taller de enfermería en salud mental y la disminución de la depresión en el geronto del hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, 2018, encontrando que antes de su ejecución se encontró que en mayor porcentaje era de nivel Alto, con un promedio de 11,0 y después de su ejecución se encontró en mayor porcentaje un nivel Bajo, con un promedio de 16,7, siendo una diferencia significativa de (-5,7). Existiendo una influencia debido a la ejecución de los talleres de enfermería en salud mental permitiendo la disminución de la depresión en los ancianos. Comprobado estadísticamente mediante la T-Student, con 49 grados de libertad y con un nivel de significancia de valor $p<0,05$.

PALABRAS CLAVES: *Disminución de la depresión en ancianos, talleres de enfermería.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To apply the Workshop of Nursing in Mental Health and to measure its influence in the decrease of the Depression in the geronto of the San Jose Home of the Hermanitas of the Desamparados Elderly of Chiclayo 2018. It is a transversal descriptive investigation, worked with a sample of (n = 50 elderly), for the collection of the information a Likert-type questionnaire was used, the validity of the instrument was performed by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0,871); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of ($\alpha = 0.953$).

CONCLUSIONS:

Nursing workshop in mental health and the reduction of depression in the geronto of the San José home of the little sisters of the homeless elderly of Chiclayo, 2018, finding that before its execution it was found that in a greater percentage it was of High level, with a average of 11.0 and after its execution a lower percentage was found in a higher percentage, with an average of 16.7, with a significant difference of (-5.7). There is an influence due to the implementation of mental health nursing workshops allowing the reduction of depression in the elderly. Statistically verified by the T-Student, with 49 degrees of freedom and with a level of significance of value $p < 0.05$.

KEYWORDS: *Decreased depression in the elderly, nursing workshops.*

INDICE

	Pág.
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema General	6
1.2.2. Problemas Específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	39
2.4. Variables	40
2.4.1. Definición conceptual de la variable	40
2.4.2. Operacionalización de la variable	40

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	48
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	48
3.3. Población y muestra	49
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	49
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	52
CAPÍTULO V: DISCUSION	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

La depresión es un problema que cada día se está expandiendo más por el planeta, esta patología no solo se da en personas de la tercera edad, le puede dar a cualquier ser humano y en cualquier etapa de la vida.

La depresión en el individuo inestabilidad, falta de apetito, descuido personal, y por consiguiente el desmedio de su salud. Es Bastante frecuente observar en las personas de la tercera edad este tipo de alteración en su salud mental, pues muchas veces el entorno familiar y social por falta de comunicación se sienten aislados, se disminuye la autoestima y si no es tratado oportunamente, este estado puede llevar al anciano a la muerte.

Es por esa razón que todos los organismos internacionales como la OMS, OPS y los organismos nacionales como el MINSA y otros están muy interesados en desarrollar programas de prevención con respecto a la salud mental y de esa forma favorecerán a que el poblador peruano mejore su calidad de vida en especial las personas de la tercera edad.

La presente investigación influirá en los estilos de vida de hombres y mujeres de la tercera edad del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo ya que este grupo atareó se va a caracterizar por la aparición de signos y síntomas asociados a su edad y a los cambios que presentan. Lo cual es un período de involución acompañado de una serie de manifestaciones físicas y emocionales relacionados con cambios biológicos y sociales.

Siendo de especial interés para las instituciones de salud, porque va a aportar una nueva perspectiva preventiva en cuanto a la salud del adulto mayor en la interrelación tanto familiar como social. Además el aporte de esta investigación beneficiara también al sector salud, para que tome como ejemplo este proyecto, y lo aplique en cuanto a la promoción y prevención de enfermedades en el adulto mayor, y así evitar gastos innecesarios de tratamiento y rehabilitación de las complicaciones, a consecuencia de los malos hábitos que se dan en esta etapa de vida.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud- 2010 define una alta prevalencia de enfermedades psíquicas en los ancianos supone un importante problema de salud comunitaria, cada vez más apremiante si se considera que los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población, especialmente en los países desarrollados.

Dice además la OMS que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

UNICEF - 2012 Dice que Las causas de esta situación hay que buscarlas, por una parte, en el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, pero, en muchas ocasiones, las alteraciones psíquicas y más

concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, como social y psicológico. De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2013 dice que es necesario no separar la realidad de la salud mental de la salud física, que se corresponde a la perfección con la sentencia "*mente sana en cuerpo sano*". La relación que existe entre las enfermedades biológicas y las enfermedades mentales tienen una evidente conexión, como lo señala Benedetto Sarraceno en el Simposio "*Salud mental y física durante toda la vida*"

En el Perú existen actualmente 7 068 567 gerontos que están más interesados por la evolución de sus síntomas físicos, por otra parte, frecuentes, que por su tristeza o melancolía. Las ideas de culpabilidad, y ruina, casi siempre acompañan a su depresión.

Es importante recordar que las depresiones del anciano correctamente tratadas evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples; por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el paciente.

Estudios realizados en los años 60 empieza a tener relevancia el problema de que la interacción social disminuye con la edad, lo que supone un impacto en el estado anímico y cognitivo de la población anciana, que aboca en muchos casos en trastornos de depresión y deterioro cognitivo. En este sentido (Carstensen y Edelstein1990), surgieron dos puntos de vista contrapuestos: la Teoría de la Desvinculación y la Teoría de la Actividad.

El incremento de la esperanza de vida en las sociedades occidentales ha generado un creciente interés por las personas ancianas y, sobre todo, por la calidad de vida con que la mayoría de la población accede a edades cada vez más avanzadas. En este sentido, no sólo es relevante mantener un estado de salud física, sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social. López (2010) Desde las teorías psicodinámicas se postula que la salud mental, así como los aspectos patológicos son partes constitutivas de todo individuo. La constitución personal de cada sujeto implica capacidades o aspectos sanos y otros patológicos, siendo la proporción de los mismos variable entre personas. Así pues, según Bion, la capacidad para tolerar la frustración sería una primera capacidad sana que permitiría al individuo en desarrollo el inicio del proceso de pensamiento y comprensión del mundo y de sí mismo. La función del pensamiento sería la base de la salud mental. Esta se ve favorecida por un ambiente de contención (función materna o cuidadora) que permite tolerar la frustración e iniciar el desarrollo del aparato mental, la base de la salud mental.

Contreras, (2014) refiere que en la actualidad La alta prevalencia de enfermedades psíquicas en los ancianos supone un importante problema de salud comunitaria, cada vez más apremiante si consideramos que los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población, especialmente en los países desarrollados.

Según la escuela médica de psiquiatría en el artículo de la Dra. Silvia Ibáñez (2016) dice que Las causas de esta situación hay que buscarlas, por una parte, en el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, pero, en muchas ocasiones, las alteraciones psíquicas y más concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, como social y psicológico.

De otra parte, Según en el artículo de Jessica Blanco (2012) en efecto de esta investigación, refiere que existen algunos aspectos que se encuentran asociados con los trastornos depresivos en las personas como: demográficos (sexo, edad, grado de escolaridad y tiempo de jubilación), económicos (actividad laboral y percepción de la situación económica), de salud (enfermedad discapacitante y consumo de medicamentos), afectivo-familiares (estructura familiar, aceptación familiar y muerte de familiares) y de utilización del tiempo (práctica de ejercicio y participación en actividades recreativas, académicas o culturales).

Scrimshaw, (2010) dice que, De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión que se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas. Las depresiones en los ancianos muestran, en muchos casos, características especiales y, en ocasiones, resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presentan. Las ideas de culpabilidad, y ruina, casi siempre acompañan a su depresión.

Ana Lea Jenny y Florence Egal asesoras del Servicio de Programas de Geriátrica, FAO (2012) refieren que, Para la población adulta, se halló una prevalencia para la vida de episodio depresivo mayor de 12.8% y para episodio depresivo menor de 3.4%; la prevalencia anual para el episodio depresivo mayor fue del 2 %. Es importante recordar que las depresiones del anciano correctamente tratadas evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples; por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede Complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el paciente.

En los países en vías de desarrollo, las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización y en muchos casos se sienten postergados y erradicados. (J. R. R. Tolkien.2013)

Según palabras de Kanfer y Goldsteim (1986) en un artículo manifiesta que, los problemas psicológicos se caracterizan por sentimientos de ansiedad, insatisfacción con la propia conducta, excesiva atención sobre el área problemática, ineficacia para conseguir las metas deseadas o incapacidad para funcionar de forma eficaz en las áreas psicológicas. (8) Por su parte Thompson (2012) relata que sus pacientes ancianos, asimilan bien la estructura de la terapia, y aprenden destrezas que pueden ayudarles en el afrontamiento del estrés. Igualmente, Montorio y cols (2013) realizaron un programa grupal compuesto de tres fases: En la primera se incluye el entrenamiento en asertividad; en la segunda, el entrenamiento en reestructuración cognitiva, y en la tercera la reestructuración cognitiva y el asertividad en un único paquete de entrenamiento.

Por otra parte, Poniendo a prueba los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias, estudiantes del VI Ciclo de la Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de San Martín de Porres – USMP Filial Norte, han elaborado un importante informe sobre el “Estado Nutricional del Adulto Mayor según el Mini Nutricional Assentmet – MNA”, el mismo que ha sido desarrollado en el Hogar San José de Chiclayo durante el año 2016.

El objetivo de este trabajo de investigación fue identificar el estado nutricional de los adultos mayores del “Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo”, empleando como herramienta de aplicación en el estudio el MNA, con el que se evaluó a un total de 66 adultos entre los meses de octubre y noviembre del año pasado. Pero además de ello su informe redacta un alto índice de depresión encontrada en este lugar y es por ello su preocupación lo cual me inspiró a realizar este programa.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, he propuesto en este trabajo de investigación: favorecer las relaciones interpersonales que implican afecto y ayuda emocional (sentirse querido, intimidad, confianza,

disponibilidad); Capacitar a los ancianos para que desarrollen respuestas sociales que aumenten el refuerzo positivo (consecuencias agradables o deseables); Reducir y eliminar respuestas de ansiedad en situaciones sociales (refuerzo negativo) y como aprender habilidades asertivas así como incrementar la autoestima.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cómo la aplicación del Taller de Enfermería en Salud Mental influye en la disminución de la Depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Aplicar el Taller de Enfermería en Salud Mental y medir su influencia en la disminución de la Depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Realizar el diagnóstico de los factores de riesgo que predisponen al geronto a la depresión en el hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.
- Identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de la realización del programa de enfermería en salud mental en el Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.
- Evaluar la influencia del programa de enfermería en salud mental en el Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La organización mundial de la salud en el 2017 dice que el tema de la salud mental, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

La OPS en el 2017 dice que la observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además, el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental que nos permitirá ayudar a mejorarla mediante la aplicación de un programa educativo.

La presente investigación es importante por cuanto a través de ella, se influirá en los estilos de vida de hombres y mujeres de la tercera edad del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo ya que este grupo atareó se va a caracterizar por la aparición de signos y síntomas asociados a su edad y a los cambios que presentan. Lo cual es un período de involución acompañado de una serie de

manifestaciones físicas y emocionales relacionados con cambios biológicos y sociales.

Siendo de especial interés para las instituciones de salud, porque va a aportar una nueva perspectiva preventiva en cuanto a la salud del adulto mayor en la interrelación tanto familiar como social. Además el aporte de esta investigación beneficiara también al sector salud, para que tome como ejemplo este proyecto, y lo aplique en cuanto a la promoción y prevención de enfermedades en el adulto mayor, y así evitar gastos innecesarios de tratamiento y rehabilitación de las complicaciones, a consecuencia de los malos hábitos que se dan en esta etapa de vida.

No obstante, la mayoría de las investigaciones se centran únicamente en analizar parcelas concretas del bienestar psicosocial de las personas ancianas cuando, como hemos señalado, el bienestar psicosocial es consecuencia de la interrelación de factores físicos, psicológicos y sociales.

El proyecto que se presenta es de mucha importancia para mí ya que estaré aportando nociones para ayudar a los adultos mayores a llevar un mejor estilo de vida en dicha etapa. Y contribuir a la escuela de enfermería con un nuevo programa para mejorar la tarea de prevención que en el Perú es imperceptible, y por lo tanto demanda más gastos económicos en el sector salud, siendo esta la principal tarea para el MINISTERIO DE SALUD, motivándolo a constituir un nuevo programa en Terapia Grupal en Ancianos con Depresión que es una de las mayores causas que encontramos en esta etapa de vida.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

MACAS GLADYS, Realizo un estudio Titulado “Propuesta de un programa psicoeducativo para potenciar la salud mental del adulto mayor con enfermedades crónicas, del hospital universitario motupe de loja” Ecuador del 2012. Objetivo General: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas Adultas Mayores con afecciones crónico/degenerativas que acuden al Hospital Universitario de Motupe, mediante acciones de intervención del equipo de salud. Llegando ala conclusión:

“De los adultos mayores investigados en lo concerniente a las enfermedades crónico degenerativas el 40% se ven afectados por problemas de Diabetes e Hipertensión Arterial, el 20% con problemas de Hipertensión arterial, el 17% con otros tipos de enfermedades (osteoporosis, artrosis, síndrome varicoso), el 10% con diabetes, el 7% con hipertensión arterial y otras; el 3% con

diabetes y otras enfermedades; y así mismo el 3% con diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades”

SEGURA A., CARDONA D., GARZON M. Realizaron una investigación como título “Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores” que tuvo como objetivo: Explorar la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores del departamento de Antioquia en el año 2012, métodos que utilizaron fue un estudio transversal analítico de fuente primaria de 4 248 adultos mayores. Se valoraron características demográficas, sociales y funcionales. Se calculó la razón de oportunidad crudos y ajustados para buscar asociación entre el riesgo de depresión medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y demás variables de interés. Como resultado el riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias (OR=1,9; IC95 % [1,2;3,0], la percepción de mala calidad de vida (OR=10,0; IC95 % [2,0;48,8] y la pérdida de capacidad funcional (OR=6,3; IC95 % [2,9;13,9].

2.1.2. Antecedentes nacionales

MONTENEGRO JESSICA y SANTIESTEBAN YESSICA, Realizo un estudio Titulado “Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados mochumí – Lambayeque – 2016”. Objetivo General: Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque - 2016. Llegando a la siguiente conclusión: “*Se evidencia en el Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí, un alto porcentaje de adultos mayores con estado de salud mental*

deteriorado, presentando el 45.8% un estado depresivo severo y un 37.5% estado depresivo moderado” .

REYES J. Realizo un estudio titulado “Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico Dios es amor – san miguel diciembre 2016”. Objetivo General: Determinar el nivel de la depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor diciembre 2016. La población de la presente investigación está compuesta, por 50 adultos mayores de ambos sexos, participantes activos del Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor. Para la obtención de la muestra se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia considerando los siguientes criterios. Concluyendo en lo siguiente: *“La depresión en los adultos mayor institucionalizado es leve en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor San Miguel diciembre 2016 por lo que se acepta la hipótesis planteada”*

Según [**Bennett, 1959; Weinstock, 1971**] dice que los ancianos que ya estaban aislados antes de ingresar en una residencia geriátrica presentaban una gran dificultad para interactuar con sus compañeros y con el personal, frente a otros ancianos que no estaban aislados ya antes del ingreso residencial. En consecuencia, los ancianos inactivos y aislados se vuelven menos capaces socialmente y por lo tanto presentan un mayor riesgo psicopatológico de problemas interpersonales y emocionales que pueden activar el deterioro cognitivo y especialmente la depresión.

Precisamente un método especialmente útil e interesante para combatir este deterioro cognitivo y anímico del anciano es el desarrollo y estímulo de las habilidades Sociales (HHSS) (Caballo, 2016), de tal suerte que la potenciación de la conducta social, la expresión de los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos produce en última instancia una mejoría de

la satisfacción personal y social, así como de la autoestima (Flórez Lozano 2014).

Como expone De Miguel (2014), el objetivo general de las terapias psicológicas es resolver problemas psicológicos, entendiendo por ellos, en términos generales, las dificultades que tiene una persona en sus relaciones con otros, en la percepción que tiene del mundo en relación consigo misma o en sus actitudes.

Yanguas y cols, 2012 respecto a la interacción social dice que se ha de Ser consciente de la importancia que tiene el carácter que la interpretación y vivencia subjetiva imprime a los hechos y las conductas. Es indispensable, pues, intervenir sobre esas interpretaciones socio cognitivas y trabajar sobre las atribuciones que de ellas se hacen a temas referentes a la convivencia y relaciones, la actividad, satisfacción y salud entre otro (Flórez Lozano 2014).

2.2. BASE TEÓRICA

Según la Organización Mundial de la Salud, "la promoción de la salud se ha convertido en un elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en el modo de vida y en los hábitos con la finalidad de mejorar su estado de salud. La promoción de la salud aparece como estrategia de mediación entre la población y su entorno, operando la síntesis entre las elecciones individuales y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la salud".

La OMS dice que la Salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como

"salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros.

La OPS en el 2017 dice que la observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental.

Dice además la OMS que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento.

Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

- a. **Geriatría:** Es la medicina de los viejos. La sociedad española de geriatría, se encarga de la prevención, tratamiento, rehabilitación del proceso de salud y enfermedad.
- b. **Gerontología:** Es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de todos los seres vivos y especies vivas desde todos sus aspectos o puntos de vista tanto biológico, psicológico y social.

Intenta estudiar, explicar cómo y porque envejecemos.

- c. **Enfermería Geronto-Geriatrica:** así es como se debería de llamar la asignatura.
- d. **Edad Cronológica:** Años transcurridos desde el momento del nacimiento. Los hombres mueren antes que las mujeres porque, tienen mayor riesgo coronario, y andropausia = menopausia en la cual hay disminución de andrógenos.

F 45-60años Pre-senil, edad del primer envejecimiento.

F 60-72 años Senectud gradual.

F 72-90 años vejez declarada.

F > de 90 años grandes viejos.

- e. **Edad Fisiológica:** Grado de funcionamiento del organismo, por tanto, grado de deterioro de órganos y tejidos. Pietro de Nicola dice que esta edad es de interés geriátrico.
- f. **Edad Psíquica O Psicológica:** *Neurgaten* (psicólogo que estudia el envejecimiento). "La vida se reorganiza en función del tiempo que queda por vivir más que por el tiempo transcurrido".

¿Cuál es el tiempo transcurrido y el tiempo que me queda?

- g. **Edad Social:** Establece y designa el Rol individual que debe desempeñar la persona en la sociedad.
 - Jóvenes, prepararse para el futuro para ser productivos para la sociedad.
 - Adultos, trabajar para mantener el país y las mujeres procrear.
- h. **El Envejecimiento:** "Es un proceso universal (afecta a todo el mundo) e irreversible (por esto es diferente, viejo = enfermedad, y que a veces se producen en determinadas patologías crónicas que las sufren los mayores, de ahí ese proceso de irreversibilidad)" Y afecta a todos los seres vivos y a todos los niveles, es irreversible, sucede en nuestro organismo antes de darnos cuenta y es contrario a la infancia.

1. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Básicamente son biológicas que pretenden explicar porque envejecemos.

Teorías biológicas:

- 1.1. **Teoría nerviosa del envejecimiento**, es de mitad de siglo, fue a raíz de los estudios que hizo Ramón y Cajal del Sistema Nervioso, a partir de ahí se empieza a trabajar esta teoría. Hay una causa que produce el envejecimiento (efecto).

Se basa en que cuando uno nace, automáticamente ya envejece, es decir se van perdiendo neuronas y estas no se reproducen (aunque cabe destacar que las dendrita si lo hacen), al perder muchas

hormonas se produce un desequilibrio hemostático y por ello envejecemos.

- 1.2. Teoría hormonal o endocrina**, esta teoría se basa en que uno envejece porque hay una disminución de hormonas con lo cual el equilibrio hemostático se rompe y por ello se envejece.
- 1.3. Teoría mutacional**, se basa en las mutaciones que sufre el ADN a lo largo de la vida. Y dice que según en el ambiente donde se ha vivido, hay más o menos mutaciones.

Si estás expuesto durante muchos años se produce un cambio en las estructuras celulares de los tejidos por las mutaciones de ADN y se da el envejecimiento.

Cuando nacemos tenemos ADN, si este cambia por mutaciones se produce el envejecimiento. Si vivimos más años, más mutaciones sufrimos en comparación con cuando nacemos.

- 1.4. Teoría de Bürguer**, es más compleja. Empieza a hablar de radicales libres, (oxidación a nivel molecular), que son debidos a la producción de radicales libres.

La Panacea es la Vitamina E, que es antioxidante y como evita la oxidación y los radicales libres se producen por la oxidación, con lo cual si tomamos antioxidantes no hay oxidación con lo cual no hay radicales libre y tampoco envejecimiento.

A nivel intra y extracelular se producen radicales libres porque el ADN sufre mutaciones, con lo cual se precipita el colágeno y este da acúmulos de Ca^{++} y colessterina y ¿qué pasa?, que se hacen unas redes y no hay permeabilidad de la membrana celular con lo cual el paso de nutrientes y desechos es más difícil y la célula está desestructurando el intercambio de nutrientes y desechos por lo que se envejece.

- 1.5. Teoría autoinmune**, se da el envejecimiento porque el sistema inmune pierde su capacidad, con lo que acumulan productos de desecho que no son retirados.

1.6. Teoría de los desgastes, si se mantiene el equilibrio entre lo negativo y lo positivo el organismo funciona, si hay desequilibrio el organismo envejece y se desgasta.

1.7. Teoría de los desechos, dice que el organismo fabrica y desecha y no se sabe porque el organismo pierde la capacidad para perder los desechos y los va acumulando con lo cual el organismo envejece por ello el organismo ha de desecharlo todo para no envejecer.

2. DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento de la población, proceso global de cambios demográficos por el que se produce un aumento en la proporción de personas mayores de 60-65 años con respecto al número total de habitantes.

- **Población joven (países jóvenes)** Ej.: **África**, índice de envejecimiento inferior al 7%
- **Población adulta (países en transición)**, índice de envejecimiento superior al 7% hasta el 10-11%, Argentina, Chile, América Latina.
- **Población envejecida (países envejecidos)**, índice de envejecimiento a partir del 12%

Factores que intervienen en el envejecimiento

- Disminución de la tasa de natalidad.
- Disminución de la tasa de mortalidad.
- Avances tecnológicos (que ayudan a mantener o recuperar la salud).
- Factores ambientales (nutrición, higiene, aumenta la calidad de vida).
- Influencia de movimientos migratorios (migran personas jóvenes).
- Aumenta la duración de la vejez.

1ª etapa 65-70 años.

2ª etapa 70-75 años hasta 80 años.

3ª etapa más de 80 años.

Problemas que plantea el envejecimiento de la población

- Déficit de las estructuras socioeconómicas.

- Aumento demanda de servicios sanitarios.
- Transformación rol social de valores y sistema.
- Aumento demanda de forma de vida dependiente.

Índices estadísticos

- Esperanza de vida: como el tiempo de vida estimado para un individuo que pertenece a un grupo.
- Tiempo que se espera que viva un individuo.
- Duración media vida, el resultado de la distribución del número de años que le corresponderá vivir dentro de un grupo.
- Mediana de edad, divide a la población en dos grupos una joven y otra vieja.
- Índice de envejecimiento, relación porcentual entre la población de más de 65 años y la población de 0-16años.
- Índice de dependencia, % entre población pasiva (juvenil y senil) y población intermedia.

2.1. Cambios fisiológicos de los ancianos:

- Es viejo por los cambios a nivel biológico.
- Se siente viejo por los cambios a nivel psicológico.
- Se considera viejo por los cambios a nivel social.

VEJEZ === ENFERMEDAD

Persona vieja y sana: En general es mayor de 65 años, y está en el límite entre lo que es normal y patológico. Y se denomina en geriatría *EQUILIBRIO INESTABLE*, y es una persona que adapta sus funciones o situaciones según su capacidad de respuesta.

a. Piel

- ↳ Perdida de elasticidad e hidratación.
 - ↳ Atrofia de glándulas sebáceas y sudoríparas
 - ↳ Menor vascularización
 - ↳ Palidez
 - ↳ Aumento de manchas cutáneas
- Arrugas
- Se ven mas las venas ya que no hay tanta piel

bello

- Velocidad de crecimiento disminuida.
- Falta de coloración.
- Aumento del vello facial.
- Disminución del vello púbico.

c. Uñas

- Crecimiento más lento.
- Fragilidad y dureza, especialmente en los pies.
- Estrías longitudinales por la deshidratación (va bien poner los dedos en agua del mar).

A. Características del envejecimiento en el aparato músculo esquelético

1. Cifosis dorsal.
2. Disminuye su altura.
3. Se cambia el eje mecánico de las EEII con lo cual disminuye el eje de sustentación.

Debido a la deshidratación en la columna hace que disminuya la distancia entre los espacios intervertebrales con lo cual se produce un desplazamiento de las apófisis espinosas con lo cual se va curvando la espalda y se inclina la cabeza.

Por este encorvamiento los brazos parecen más largos y se deben abrir las piernas (andar como los patos) y estar flexionados. La única extremidad que no se modifica es el brazo.

A partir de los 40 años se va disminuyendo de 1-2 cm cada 10 años.

Enseñarles a:

- Estiramiento de brazos más dedos pie y manos.
- Lateralización muñeca.
- Circundicción dedos mano.
- Lateralización de cabeza, cabeza adelante y atrás.
- Estirar hombros con manos en la nuca (como si te estiraras cuando te levantas).

Envejecimiento óseo

- Disminución y desmineralización ósea.
- Disminución de la talla corporal.
- Cifosis dorsal.
- Reducción de la distancia accipitohumeral.
- Modificación del eje mecánico del miembro inferior.
- Desplazamiento del triángulo de sustentación corporal.
- Alteración del equilibrio corporal, alineación y marcha.

Envejecimiento muscular

- Pérdida gradual de fuerza.
- Disminución de la masa corporal.
- Redistribución de la grasa total del organismo.
- Tensión muscular disminuida.

Envejecimiento articular

- Deterioro de las superficies articulares.
- Deshidratación del tejido cartilaginoso.
- Crecimiento óseo irregular en los bordes de las articulaciones, ya que las articulaciones se rascan.

B. Características del envejecimiento del sistema cardiocirculatorio y respiratorio:

Estructura anatómica de los vasos y corazón

- Disminución del peso y volumen del corazón.
- Reducción de la elasticidad de los vasos.
- Aumento del calibre de la aorta.
- Aumento de depósitos en las paredes vasculares.
- Aparición de rigideces valvulares.
- Esclerosis de los vasos medianos y pequeños.
- Reducción de la red capilar.

Capacidad funcional de los vasos y corazón

- Insuficiencia del fuelle aórtico.
- Aumento de las resistencias periféricas.
- Disminución de la tensión venosa.
- Disminución de la velocidad de circulación.
- Aumento del tiempo de recuperación después del esfuerzo.

Características del envejecimiento del pulmón senil:

Estructura anatómica

- Disminución del peso y volumen de los pulmones.
- Reducción del número de alveolos.
- Dilatación de los bronquiolos y conductos alveolares.
- Disminución de la distensibilidad de la pared torácica, lo cual dará problemas, y no podrán hacer una respiración profunda.
- Alteración del parénquima pulmonar, hay una disminución de la capacidad respiratoria.

Capacidad funcional

- ✓ Disminución de la capacidad respiratoria.
- ✓ Reducción de la actividad ciliar.
- ✓ Disminución del reflejo tusígeno.
- ✓ Disminución del oxígeno a nivel tisular.
- ✓ Disminución de la difusión alvéolo capilar.



Condiciona a que haya un acumulo de moco con lo cual hay mas posibilidad de infecciones = neumonía, lo demás no condiciona a que hayan infecciones.

C. Características del envejecimiento en la sangre:

Estructura anatómica

- Alteración de los hematíes, a nivel de estructura y forma nunca disminuyen en número por el hecho de envejecer. A veces esta

alteración está relacionada con neoplasias colorectal. También por orina se puede orinar hematíes (hematuria), lo que nos hace pensar en alguna lesión en aparato

- Reducción de la tasa de hemoglobina (ira relacionado con la disminución de oxígeno).

D. Características del envejecimiento en el Aparato Digestivo

Estructura anatómica

- Pérdida de piezas dentarias total o parcial, esto hace cambiar el proceso de masticación.
- Deshidratación de encías.
- Reducción de la secreción de la saliva, bolo comida más seca.
- Atrofia de la mucosa gástrica.
- Reducción del tono muscular en la pared abdominal.
- Aparición de varicosidades.
- Disminución del tamaño del hígado y peso, dando una hipofuncionalidad y todos los procesos metabólicos estarán alterados.
- Disminución de peso y volumen del páncreas, el páncreas estará hipofuncionando con lo cual segregará menos insulina con lo cual aumentará la glucosa, el azúcar en el anciano se tratará con antidiabéticos orales conjuntamente con una dieta.

Capacidad funcional

- Dificultades de la masticación.
- Dificultades en la deglución de los alimentos.
- Disminución de la producción de HCl, digestiones más lentas con lo cual se aconseja comer a menudo pero poca cantidad.
- Disminución de la motilidad.

- Lentitud en el vaciado vesicular, este tiñe las heces, con lo cual si son blancas es porque el tránsito es muy rápido, aunque esto no ocurre, ya que hay lentitud por lo que hay hipoperistaltismo.
- Hipoperistaltismo, hay que dar evacuantes y es debido a la atrofia del intestino grueso y a los malos hábitos.

E. Características del envejecimiento genito-urinario

Estructura anatómica

- Disminución del peso y volumen del riñón.
- Reducción del número de nefronas.
- Esclerosis de los glomerulos.
- Dilatación de los túbulos.
- Aumento del tejido intersticial.
- Reducción del tono muscular de la vejiga.

Capacidad funcional

- Disminución del filtrado glomerular.
- Disminución del flujo hemático y plasmático.
- Aumento de la resistencia vascular.

F. Características del envejecimiento en el sistema genital:

Órganos genitales femeninos

- Disminución del vello púbico.
- Atrofia de la mucosa vaginal, está en relación con la menopausia, dolor al coito por poca lubricación.
- Disminución del tamaño de la vulva, labios mayores y clítoris.
- Acortamiento de la vagina.
- Disminución de la secreción hormonal.
- Aumento del tamaño de mamas, utilizar sujetador.

Órganos genitales masculinos

- Diminución del vello púbico.
- Distensión de la bolsa escrotal (cuelga).

- Disminución del tamaño de los testículos, está en relación con la disminución de hormonas.
- Aumento del tamaño de la próstata.

G. Características del envejecimiento del sistema inmunitario:

- Reducción de la respuesta frente a estímulos antigénicos.
- Disminución de la producción de Ac.
- Alteración de las funciones linfocitarias T por atrofia del timo.

H. Características del envejecimiento del sistema endocrino

- Disminución de la secreción hormonal.
- Disminución del nivel de producción de hormonas.
- Menor respuesta orgánica.
- Disminución de la tolerancia a la glucosa (aumenta la glucosa y disminuye su tolerancia).

G. Características del envejecimiento del sistema nervioso y órganos de los sentidos:

Sistema nervioso

- Disminución del tamaño y peso del cerebro.
- Pérdida de neuronas.
- Enlentecimiento generalizado del movimiento.
- Aumento del tiempo de conducción nerviosa.
- Aparición de un ligero temblor senil, hay que diferenciarlo del PARKINSON, Ejemplo: Si coge un objeto y tiembla no es Parkinson, si coge un objeto y deja de temblar es Parkinson.
- Alteraciones en las características del sueño: no duermen tanto, cambian las fases rem y alteran el sueño, duermen 5-7 horas ininterrumpidamente.

Órganos de los sentidos (gusto, olfato)

- Disminución del rojo de los labios.
- Disminución del número de papilas gustativas.
- Adelgazamiento de las membranas mucosas.

- Atrofia de la lengua.
- Fragilidad dental y sequedad de las encías.
- Deterioro de la raíz del diente.
- Degeneración del nervio olfativo, se atrofia y afecta al gusto.
- Aumento del tamaño de la nariz, hay laxitud de la piel, deshidratación del cartílago con lo cual la nariz es más rígida y grande.
- Proliferación de los pelos rígidos en fosas nasales. En el hombre aparecen en oreja y fosas nasales, y en mujer aparecen en bigote y barbilla.

Vista

- Disminución de la agudeza visual (capacidad para adaptarnos a lugares oscuros primero no vemos y luego el ojo se adapta y vemos más) y de la amplitud del campo visual (capacidad de ver por los lados sin necesidad de girar la cabeza).
- Por estas dos razones lo ancianos se caen y tienen accidentes.
- Atrofia de la musculatura palpebral.
- Pérdida de elasticidad cutánea.
- Palidez de las conjuntivas.
- Disminución del tamaño pupilar.
- Agrandamiento del cristalino.
- Disminución de la secreción lagrimal por la deshidratación, lavar los ojos con manzanilla, farigola etc.

Oído

- Pérdida de la agudeza auditiva, cuanto más les gritas menos oyen, entienden mejor las voces graves.
- Degeneración el nervio auditivo.
- Aumento del tamaño del pabellón de la oreja.
- Engrosamiento de la membrana timpánica.
- Proliferación de pelos.
- Depósito de cerumen.

Cambios del anciano a nivel psicológico:

- 1. Modificación Estructuras Cerebrales**, cambios anatomofisiológicos del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos.
- 2. Modificación De Las Funciones Cognitivas**, Inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad conservada, tiempo de reacción a estímulos.

Inteligencia: La edad no modifica de forma apreciable la utilización de las facultades mentales.

Hay una serie de condicionantes: educación, cultura, antecedentes personales, conocimientos y entrenamiento.

La inteligencia en el anciano se caracteriza por:

La estabilidad, integración de habilidades cognitivas.

Simplificación de respuestas cognitivas: se reemplaza "EL SABER", por la motivación es decir, ¿Qué debo saber?, ¿Por qué debe saber?

a. Memoria: tiene varias etapas:

1. Memoria sensorial (recogida de datos).
2. Memoria inmediata (corto plazo).
3. Memoria de fijación (largo plazo).

b. Memoria a corto plazo en el anciano

- El factor que influye para tener o no tener memoria es el interés
Ejemplo: Si le preguntamos a un anciano que comió ayer posiblemente te diga que no se acuerda, pero si le preguntas cuantos días hace que no ve a su hijo o nieto seguro que nos dice exactamente cuando fue.
- Dificultad en análisis de datos, síntesis, comparación.
- Dificultad de evocación de sucesos recientes.
- (Disminución de la memoria visual y aumento de memoria auditiva).

c. Memoria a largo plazo en el anciano:

Creatividad conservada

- Depende de su experiencia, de su motivación, de su entorno y de su salud.
- Del estilo de vida y de la energía que tenga.

Tiempo de reacción a estímulos

- Disminución de reflejos (menor eficacia).
- Dificultad de transformar los estímulos verbales en imágenes mentales. Enlentecimiento de la respuesta ante los estímulos, es más lento el hombre que la mujer.
-

Resolución de problemas y creatividad

1. Disminución para utilizar estrategias nuevas.
2. Pensamiento más concreto que abstracto.
3. Mayor prudencia en la toma de decisiones.
4. Mayor rigidez en la organización del pensamiento.
5. Disminución discriminación de información.
6. Tendencia a mantener sus hábitos o estrategias poco pertinentes, Ejemplo: comer sin sal, ducharse acompañado.
7. Repetición.

3. Modificaciones Afectivas, emociones, motivación, personalidad.

Emociones (efectividad)

- Sentimientos de inutilidad.
- Sentimientos de impotencia ante situaciones determinadas, especialmente pérdidas, amigos, familiares, trabajo, salud.

Motivación

- Tiene que ver con la memoria.
- Ligada a la capacidad de mantener actividades satisfactorias o no.
- Ocupar el tiempo.
- Influenciada por el entorno.

Personalidad

- Agudificación de todos los rasgos de personalidad que han tenido durante la vida en condiciones normales. Factores que pueden influir:
- Salud física y mental.
- Antecedentes, actitudes desarrolladas a lo largo de la vida.
- Pertenencia a un grupo.
- Identidad social, intereses y rol.
- Interacciones familiares actuales y pasadas.
- Situación de vida.
- Madurez emocional, capacidad de adaptación a los cambios.

4. Cambios Sociales

Los analizaremos a dos niveles:

A. Rol Individual

1. Como único individuo.
2. Como integrante del grupo familiar.
3. Como ser que necesita dar y recibir afecto.

B. Rol Individual:

Cambio en la concepción de la vida y la muerte, muchas veces se dice que los viejos aceptan mejor la muerte, pero no es cierto, lo que es verdad es que ellos saben que se tienen que morir pero no saben cuándo.

Lo que se acepta es el hecho de morir cuando uno es viejo, pero no se acepta el morirse joven. Socialmente la muerte del anciano está aceptada, la de un joven no se acepta.

Los viejos se aferran a la vida como sea y esto está ligado a:

Afirmación de sus creencias y valores, ya que si pensamos en nuestra muerte lo relacionamos con creencias y valores.

Ejemplo: la muerte te permite llegar a un estado o lugar mejor, con lo cual se acepta mejor o peor por uno mismo. Los jóvenes aceptan mejor la muerte de los ancianos. Todos buscamos en el momento de la muerte algo que nos explique porque.

5. Como integrante del grupo familiar; hay dos etapas:

- a) Anciano independiente: cuida de los nietos y a sí mismo.
- b) Anciano dependiente: por falta de capacidades funcionales físicas o psicológicas).

6. Como ser que necesita dar y recibir afecto:

- Perdidas afectivas.
- Soledad.
- Adaptación a nuevas situaciones.

C. ROL COMUNIDAD

1. Actividad social:

Pertenencia a un grupo.

Asociaciones.

La sociedad marca a los ancianos en grupos determinados dándoles un rol como grupo social que es.

Los ancianos pasan de ser un grupo activo al no activo y además la sociedad hay cosas que no ve bien que haga un anciano.

2. Hay un cese de la actividad laboral

Actividad laboral à Jubilación à Pensión

Jubilación: Cese obligatorio de la actividad laboral y la percepción por el hecho de una remuneración o pensión. Constituye un acontecimiento en la vida, cuyas consecuencias pueden ser desfavorables para la salud física y mental de los individuos.

Nido vacío: Cuando los hijos se van de casa y una manera que tienen de superarlo es hacer algún tipo de actividad como aprender inglés, ir al gimnasio etc., y en casa les dicen que les ven poco, que

nunca están. También puede darse el caso de la mujer que se deja y se encierra en casa. Cuando el marido se jubila, estas mujeres dicen "Este tío todo el día está en casa", la quiere ayudar pero no saben hacer nada. Discuten y además ella no le deja hacer nada ya que si no pierde protagonismo y esto crea un conflicto en la pareja, con lo cual hay otra nueva adaptación.

DESARROLLO DE LA JUBILACIÓN

Varios factores han contribuido a su desarrollo y lo han convertido en un fenómeno característico de la sociedad industrial:

Factores que condicionan el desarrollo de la jubilación:

- Factores demográficos.
- Factores económicos.
- Perfeccionamiento del trabajo → de aquí sale la jubilación anticipada. Ejemplo: SEAT: sustituyen la mano de obra por las máquinas.
- El tamaño de los grupos económicos: en una sociedad capitalista se funciona con lobbies de presión.
- Separación del trabajo y el ocio: quitamos horas de trabajo 35h. y dedicamos más al ocio.

Estos factores influyen en la edad de la jubilación.

Puestos de trabajo de enfermería: pistas de esquís, Iberia, Transmediterránea, Inmerso, hoteles, playas, cruceros, cruceros privados, balnearios etc.

Características de la enfermedad en el anciano

1. Pluripatología.
2. La expresión de los síntomas es:
3. Incompleta
4. Atípica
5. Banalizada
6. Silente

7. Con tendencia a la incapacidad.
8. Muy ligada a aspectos físico y psicológicos.

Problemas Importantes En El Anciano

- a. INMOVILIDAD, puede derivarse por estar quieto o porque los inmovilizamos.
- b. INCONTINENCIA, emisión no voluntaria de orina o heces. Se vuelve continente. Este problema se puede relacionar con otros problemas o puede ir solo.

Ejemplo: Adenoma de próstata, causa incontinencia pero no tiene por qué estar alterado lo otro.

- a. CONFUSIÓN, no reconocimiento del entorno (no es definitivo) es algo temporal puede durar de 2-3 días. No sabe dónde está, se desorienta.
- b. INSOMNIO, dificultad para dormir.

Tipos de insomnio:

1. El que no puede conciliar el sueño.
2. El que se despierta a las 2/3 h. de haber dormido.

El estar inmovilizado puede provocarlo y además puede provocar:

Aislamiento Social: No relacionado con el entorno, esto conlleva a un aislamiento social.

Patologías relacionadas con las palabras anteriores

1. CONFUSIÓN conlleva a DEMENCIAS y crea un alto grado de dependencia.
2. INMOVILIDAD puede conllevar a EPOC, I.C. CONGESTIVA.
3. AISLAMIENTO SOCIAL puede conllevar a AVC, PARKINSON.
4. OBJETIVOS: Mantener la máxima independencia residual del anciano.

Inmovilidad: No capacidad de poderse mover, puede ser por una causa forzada o no forzada.

1. Causa no forzada: detrás puede haber una depresión.
2. Causa forzada: por enfermedades cardíacas, respiratorias, hemiparesias (AVC). Esta es más fácil de tratar.

Síndrome del desuso: no uso de todas las funciones orgánicas.

Si no se mueven:

- Problemas respiratorios.
- Problemas de edemas.
- Problemas gastrointestinales: estreñimiento e incontinencia fecal.
- Problemas de desnutrición.
- Problemas de circulación venosa.
- Problemas mentales, está aislado, confuso etc.

A. CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD EN EL ANCIANO SINTOMAS HABITUALES:

DOLOR:

1. **Migraña infrecuente**, pero se ha de valorar muy bien cuando el anciano dice que le duele la cabeza, hay que prestarle atención ya que si es un dolor real puede ser el preludeo de un AVC, se quejan durante 2-3 días consecutivos por obstrucción de un vaso y aumento de la PIC.
2. **Dolor torácico:**(debido a modificaciones musculo-esqueléticas). Puede ser en punta costado (neumonía).
3. **Dolor abdominal:** poco frecuente, pero cuando existe estreñimiento crónico, distensión abdominal, espasmo, dolor puede indicar una obstrucción o colecistitis.
4. **Dolor desproporcionado a la causa**, el anciano muchas veces utiliza el dolor para llamar la atención y esto hace que sea más exagerado cuando se queja de dolor. Pero no quiere decir que no debemos hacerle caso hay que hacérselo ya que nunca se sabe.

TEMPERATURA:

1. **Hipotermia**, no es habitual el aumento de T^a , teniendo en cuenta las constantes y T^a habitual del anciano.
2. **Hipertermia**, aparece en supuraciones de infecciones.

POLIURIA, NICTURIA, POLAQUIURIA:

- Debido a la mediación que toman, como diuréticos.
- Si son unos problemas importantes podemos pensar en una infección urinaria. Pero asegurarnos antes que no es causa de algún medicamento que esté tomando.

DISPEPSIAS:

1. Malas digestiones, mejor comer poco y a menudo.
2. Pueden dar acidez, aerofagia y eructos. La aerofagia puede venir por el estreñimiento.

DIARREA Y/O ESTREÑIMIENTO:

1. Diarrea no frecuente (puede ser por estreñimiento).
2. Estreñimiento por malos hábitos, por malas digestiones o por tomar laxantes.
3. Fecalomas, masa fecal que puede provocar una diarrea por rebosamiento. Suele ser bastante líquida, a veces hay que hacer extracción del Fecalomas mediante tacto rectal.

INCONTINENCIA ESFÍNTERES:

1. Básica, esfínteres urinarios.
2. Según patología (últimas fases párkinson), puede provocar incontrol de esfínteres para defecar.

DEBILIDAD GENERAL:

- Fatiga
- Efectos secundarios a fármacos, a veces aumentan el cansancio, valorar los fármacos que toman.

Si son fármacos descartados, valorar una posible anemia. Preguntar si hay sangre en sus heces (coprocultivo). Es muy frecuente el cáncer de colon por pequeñas pérdidas de sangre continuas.

En hombres también puede ser problema de próstata.

DISNEA

1. Síntoma habitual en el anciano. Se alteran todas las necesidades.
2. Atentamente "disnea en reposo" no preocupar tanto si tiene disnea de esfuerzo.
3. En reposo indica patología respiratoria:
4. EPOC, Problemas cardiacos se añaden a los respiratorios.

DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA SENSORIAL:

1. Pérdidas repentinas.
2. Pérdida de visión, audición etc.
3. Raduar periódicamente gafas, audífonos, tener un buen cuidado de los mismos.

TEMBLORES:

- Habitual en el anciano, sin causa patológica, es el temblor senil y va con el envejecimiento.
- La diferencia entre el temblor senil y el temblor del parkinson es el origen.
- El temblor del Parkinson es temblor en reposo porque al coger objetos cesa. Al principio no tiemblan.
- El temblor del envejecimiento (senil) normalmente en reposo disminuye.
- Los enfermos de Parkinson caen con frecuencia porque tienen un desfase del cálculo de distancias.
- Enfermedad degenerativa y crónica, y no tiene tratamiento curativo pero si paliativo, aunque la medicación tiene muchos efectos secundarios.

TRASTORNO DEL SUEÑO:

1. Somnolencias diurnas, Insomnios, Hipersomnias.
2. Sueño igual a sueño reparador.
3. Estar muchas horas sentado, en la cama o sin hacer nada dificultan la conciliación del sueño.
4. Tomar medidas naturales para conciliar el sueño.
5. Procurar no dar fármacos si no es imprescindible.

TRASTORNO MENTAL:

1. Demencias
2. Confusiones y desorientación: son comunes en el anciano, pero no significa que siempre sean síntomas de demencia.
3. Muchas veces, al cambiar de entorno provoca confusión y desorientación temporó-espacial.
4. En el hospital recordarle constantemente quienes somos, que día es, donde está y porque (reconducirlo).

Síndrome del ingreso, comienza con desorientación temporo-espacial à incontinencia à deshidratación à lesión en la piel.

- Controlar al anciano ingresado constantemente.
- Recordarle continuamente las cosas.

GRANDES PROBLEMAS DE DEPENDENCIA EN GERIATRIA INMOVILIDAD:

1. D d E: Síndrome del desuso; no uso de todas las funciones orgánicas, por problemas:
2. Circulación de retorno è Heparina
3. Respiratorios è Acumulo de moco dificultad para respirar
4. Digestivos è Malas digestiones, estreñimiento
5. Incontinencia fecal por reflujo, edemas, problemas mentales.
6. Incontinencia
7. Confusión
8. Insomnio
9. Aislamiento social
10. Muchas veces van ligados unos con otros.

El problema puede empezar por dos de ellos, la incontinencia puede ir sola pero los otros van unidos, aunque se está tratando puede tener como consecuencia alguno de los otros problemas.

Inmovilidad: No tiene base orgánica puede ser de origen depresivo o por aislamiento social.

Inmovilidad forzada: por enfermedades respiratorias o cardíacas, AVC con hemiparesias, hemiplejía. Amputaciones etc.

Inmovilidad: no capacidad para poderse mover, en este caso podemos hablar de dos orígenes:

Voluntaria: no se puede tratar bien porque no quiere moverse el propio anciano.

Forzada: se puede tratar mejor porque el anciano tiene ganas de moverse y colabora.

Incontinencia: Emisión no voluntaria de orina o heces. Es un acto totalmente involuntario.

No se mide por la cantidad de orina o heces que se emiten.

Confusión: no reconocimiento del entorno, no es definitivo es temporo-espacial, confunden (ida por la noche, hijo por un vecino, etc).

Si no se pone remedio al principio puede llevar al anciano a una depresión.

Confusión teórica, un anciano puede sufrir confusión en el hospital durante los 2 o 3 primeros días, que puede coincidir con el alta, se va a casa de su hija y vuelve a haber confusión.

El diagnóstico podemos hacerlo mediante un test para averiguar el punto de confusión, incluso si hay demencia.

Insomnio: Dificultad para dormir. Existen diferentes tipos de insomnio

Aislamiento social: No relación con el entorno.

Los talleres:

Son tan antiguos como el hecho en sí de enseñar, datan desde la más remota tradición artesanal, desde el período neolítico y fueron anteriores a la escuela y a la escritura.

La educación tiene como todos los acontecimientos y manifestaciones sociales, una historia que no puede explicarse como una realidad autónoma, aislada de todos los hombres, que son actores y objeto de esa educación.

Gloria Mirebant Perozo, refiere “Un taller pedagógico es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se proponen y el tipo de asignatura que los organice. Puede desarrollarse en un local, pero también al aire libre. No se concibe un taller donde no se realicen actividades prácticas, manuales o intelectuales. Pudiéramos decir que el taller tiene como objetivo la demostración práctica de las leyes, las ideas, las teorías, las características y los principios que se estudian, la solución de las tareas con contenido productivo. Por eso el taller pedagógico resulta una vía idónea para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades que le permiten al alumno operar con el conocimiento y al transformar el objeto, cambiarse a sí mismo”.

FUENTES TEORICAS

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y práctica de enfermeras.

Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- **Enfermería Transcultural:** Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.
- **Enfermería Intercultural:** Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación. Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas. Por otro lado Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se puede probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de

un campo de interés o de un fenómeno que no parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Por tanto, la teoría esta enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y practicas, todo con la ética adecuada.

No obstante Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si debe interpretarse como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras tantas en colaboración con estudiantes universitarios, licenciados y profesores por medio de métodos cualitativos de investigación, a explicado 130 principios diferentes de los cuidados en cincuenta y seis culturas teniendo cada una diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas.

Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **El conocimiento:** es un aspecto importante que todos los seres humanos, adquirimos en forma empírica en la vida diaria y vida educativa esto nos permite actuar en las diferentes circunstancias.
- **Los niveles de Conocimientos:** se mide con ayuda de un instrumento que permitirá medir los conocimientos que se adquieren a lo largo de la vida, como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto. El nivel de conocimiento se medirá de la siguiente manera:
- **N. conocimiento muy bueno:** es indicativo óptimo, es decir mucho de un tema que obtiene 17-20pts.
- **N. conocimiento bueno:** indicativo superior, es decir considerable de un tema que obtiene 14-17 pts.
- **N. conocimiento regular:** índice, es decir que conoce regular de un tema, obtiene 17-13 pts.
- **N. conocimiento malo:** índice inferior, es decir se refiere a la persona que obtiene 0-10 pts.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis principal

- Si se aplica el Taller de Enfermería en Salud Mental entonces se influye en la disminución de la Depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.

2.4.2. Hipótesis Secundarios

- La falta de amor que presentan los ancianos conllevara aun depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.
- Los estilos de vida que se ve en el hogar llevaran a una depresión del geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición conceptual de las variables

Variable Independiente

TALLER EDUCATIVO: Gloria Mirebant Perozo, refiere “Un taller pedagógico es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se proponen y el tipo de asignatura que los organice. Puede desarrollarse en un local, pero también al aire libre. No se concibe un taller donde no se realicen actividades prácticas, manuales o intelectuales. Pudiéramos decir que el taller tiene como objetivo la demostración práctica de las leyes, las ideas, las teorías, las características y los principios que se estudian, la solución de las tareas con contenido productivo. Por eso el taller pedagógico resulta una vía idónea para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades que le permiten al alumno operar con el conocimiento y al transformar el objeto, cambiarse a sí mismo”.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS: Es el grado de conocimientos que se mide con ayuda de un instrumento que permitirá medir los conocimientos que se adquieren a lo largo de la vida, como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto.

Estos conocimientos se puede adquirir en el nivel Vulgar en donde los conocimientos se adquieren con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida le plantea y el nivel científico que es en donde conocimiento se caracteriza por ser selectivo, metódico, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos.

Tanto naturales como sociales y psicológicos.

Taller de Enfermería en Terapia Grupal: es un taller sobre educación en salud donde es posible reducir la depresión en los gerontos del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos

Desamparados de Chiclayo a través del el poder auto cuidarse, es de gran importancia para poder así evitar factores de riesgo que repercutan en nuestra vida; especialmente con técnicas de trabajo de grupo, consigue un cambio de actitud beneficioso para la salud, tanto para establecer hábitos de vida saludable, como para la vivencia positiva en la etapa por la que se encuentra la persona. El intercambio de experiencias en el grupo, hace que los gerontos dejen de lado conductas inapropiadas, para adoptar conductas saludables para su estado y evitar así riesgos para su futuro; posibilidad de dar y recibir ayuda, contribuye a crear sentimientos de mayor capacidad y seguridad.

Variable Dependiente

Procesos de cuidados en gerontos: son comportamientos que debe adoptar para evitar riesgos que atenten contra su vida, estos comportamientos los debe adquirir por medio de una enseñanza educativa para mejorar su salud y poder así ser capaz de auto cuidarse.

2.5.2. Definición operacional de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	ITEMS O PREGUNTAS	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Taller de Enfermería en Salud Mental para la disminución de la Depresión en el geronto	Un taller educativo es la reunión de varias personas que poseen algo en común (aprender y/o reforzar), esta reunión se realiza en un espacio físico, se organizan en grupos o equipos donde interactúa lo teórico-práctico según el tema que se haya enseñado, con la finalidad de mejorar o reforzar conductas sanas y saludables de la persona, la familia, la comunidad y entorno.	UNIDAD I: “CONOCIMIENTOS BASICOS”	Problema	Necesidad de adquirir conocimientos sobre Salud Mental y depresión.	Los conocimientos necesarios: estoy le ayudara a saber más sobre su enfermedad adquirida	Pre test - pos test.
		2.- OBJETIVO	Conceptual	La población será capaz de decirnos con sus propias palabras cuales son los cuidados necesarios para su enfermedad.	Preguntarle a la población sobre cómo cuidarse, nos ayudara a ver si han podido captar lo ha prendido.	
			Procedimental	La población será capaz de identificar los cuidado necesitan para cuidarse de su enfermedad.	Les ayudaran a saber cómo cuidarse por sí mismo.	
			Actitudinal	La población Será capaz de valorar la importancia sobre cómo cuidarse.	Gracia a los conocimientos adquiridos, pudieron saber por qué es importante el cuidado en su enfermedad.	
		3.- CONTENIDO	Planificación curricular	1.- conociendo mi cuerpo 2.- conocimientos básicos sobre Salud Mental y Depresión	Le enseñaremos los conocimientos básicos, que es la diabetes, como me cuido: haciendo dietas y ejercicios.	
			Estrategias didácticas	Metodología activa.	La técnica metodológica de pasar un video será para motivarlos.	

			Medios y materiales educativos	<ul style="list-style-type: none"> • Uso NTICS (TV, video, etc.). • Uso de material impreso. 		
			Forma didáctica	<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrolla de manera presencial. • Trabajo grupal. 	la técnica de reunirlos en grupo les ayudara a poder intercambiar sus ideas.	
		EVALUACIÓN	Monitorización	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplicará un pre-test y un post-test al finalizar cada sesión. 	La aplicación del pre-test ayudara a saber cuántos conocimientos saben sobre su enfermedad y el post-test, nos ayudara a saber si a podido captar los conocimientos necesarios para cuidarse.	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	ITEMS O PREGUNTAS	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
		UNIDAD II: “Los Pacientes Podrán Ayudar A Prevenir la depresión.	1.PROBLEMA	Necesidad de adquirir conocimientos sobre Salud Mental y depresión.	Los conocimientos necesarios: estoy le ayudara a saber más sobre su enfermedad adquirida	Pre test - pos test.
		2.- OBJETIVO	conceptual	La población será capaz de decirnos con sus propias palabras cuales son los cuidados necesarios para su enfermedad.	Preguntarle a la población sobre cómo cuidarse, nos ayudara a ver si han podido captar lo ha prendido.	
	Procedimental		La población será capaz de identificar los cuidado necesitan para cuidarse de su enfermedad.	Les ayudaran a saber cómo cuidarse por sí mismo.		
	Actitudinal		La población Será capaz de valorar la importancia sobre cómo cuidarse. 1.-higiene corporal. 2.- alimentación saludable 3.- medidas	Las técnicas para el autocuidado hay que tener en cuenta tres cosas importantes: la higiene, la alimentación, que es la principal cuidado para que mantenga su nivel de vida saludable.		
		3.- CONTENIDO	Planificación curricular	1.- conociendo mi cuerpo 2.- conocimientos básicos sobre Salud Mental y Depresión	Le enseñaremos los conocimientos básicos, que es la diabetes, como me cuido: haciendo dietas y ejercicios.	

			Estrategias didácticas	Metodología activa.	La técnica metodológica de pasar un video será para motivarlos.	
			Medios y materiales educativos	<ul style="list-style-type: none"> • Material audiovisual / rotafolio. • Uso de material impreso. 		
			Forma didáctica	<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrolla de manera presencial. • Trabajo grupal. 	la técnica de reunirlos en grupo les ayudara a poder intercambiar sus ideas.	
		EVALUACIÓN	Monitorización	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplicará un pre-test y un post-test al finalizar cada sesión. 	La aplicación del pre-test ayudara a saber cuántos conocimientos saben sobre su enfermedad y el post-test, nos ayudara a saber si a podido captar los conocimientos necesarios para cuidarse.	

Variable Dependiente

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	INDICES	TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.
<p>Nivel de conocimientos de los pacientes problemas de salud mental.</p>	<p>Los conocimientos que se adquieren a lo largo de la vida, como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto; para lograr una vida más sana y productiva, se miden en conocimiento muy bueno, bueno, regular, malo.</p>	<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO MUY BUENO</p>	<p>Considerado del 90 – 100%</p>	<p>Calificado de 27 -30 preguntas</p>	<p>PRE TEST O POS TEST</p>
		<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO BUENO</p>	<p>Considerado desde el 70- 80%</p>	<p>Calificado de 26-29 - preguntas</p>	<p>PRE TEST O POS TEST</p>
		<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO REGULAR</p>	<p>Considerado desde 50 - 60%</p>	<p>Calificado de 15-20 preguntas</p>	<p>PRE TEST O POS TEST</p>

		NIVEL DE CONOCIMIENTO MALO	Considerado menos del 50%	Calificado de 14 preguntas	PRE TEST O POS TEST
--	--	---	------------------------------	----------------------------	------------------------

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo: Garantizar la participación de la enfermera en la solución de la problemática de salud del país considerando el contexto político, económico y sociocultural actual.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realiza en el Hogar San José de las Hermanitas de los ancianos Desamparados de Chiclayo, ubicado en la Calle Manuel Aarez en el Departamento de Lambayeque, la cual fue creada en el año 1950 con la limosna y ayuda de otras personas con la finalidad de proteger al anciano desamparado. Este lugar cuenta con habitaciones amplias en las cuales hay camas distribuidas para cada adulto mayor, en una sola habitación duermen 4 o 3 adultos mayores cada uno en su respectiva cama y otras habitaciones de 6 camas, cuentan con un comedor donde los adultos mayores reciben sus alimentos desayuno, almuerzo y cena; cuentan con un patio amplio para que los adultos mayores puedan desplazarse cómodamente.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población de estudio estuvo conformada por las personas que tienen con Depresión del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo. Para la selección de la población se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Pacientes que acuden al Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente trabajo de Investigación se recolectarán los datos teniendo como técnicas la observación, entrevistas, las cuales serán aplicadas en el Taller Educativo.

Se aplicó las siguientes técnicas de recolección:

- I. **La observación** es el uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que se necesitan para resolver un problema de investigación. Esta técnica se realizara percibiendo la realidad con el propósito de obtener datos; en donde se utilizara la observación estructurada debido a que se detallara que datos se van a recoger y además se sabe exactamente lo que se va a utilizar.
- II. **La entrevista** que es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una indagación; en donde se formulan preguntas a las personas capaces de aportar datos de interés.
- III. **CUESTIONARIO:** Es un método para obtener información de manera clara y precisa, donde existe un formato estandarizado de preguntas y donde el informante reporta sus respuestas. Es un instrumento indispensable para llevar a cabo entrevistas formalizadas.
- IV. **Cuestionario restringido o cerrado:** Es aquel que solicita respuestas breves, específicas y delimitadas. Para poder formular preguntas cerradas

es necesario anticipar las posibles alternativas de respuestas, pueden tener dos alternativas de respuestas (si o no), o varias alternativas de respuestas.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los análisis de los datos estadísticos se crearan en formato Excel la base de datos de los instrumentos para poder ser analizados mediante fórmulas estadísticas

Medidas de Tendencia Central.

PROMEDIO (X):
$$\frac{\sum x_i f_i}{n}$$

Media Aritmética o promedio.- Es el cociente que se obtiene al dividir la suma de todos los valores entre la cantidad de valores.

- **MEDIANA (Me):**
$$Li + C \frac{\frac{n}{2} - F_{j-1}}{F_j - F_{j-1}}$$

Al conjunto de valores dispuestos en orden secuencial de acuerdo a sus magnitudes, ya sea de menor a mayor o viceversa se denomina **ordenamiento**. La mediana es el valor central de un ordenamiento.

(Mo): IMo

Moda: Identifica el valor que se repite con mayor frecuencia en un conjunto de datos.

Diseño De La Investigación

$$G= O1 \times O2$$

G: Es el grupo que se va a estudiar en esta investigación está conformado por la población de los pacientes con Depresión del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo.

01= Es el pre test que incluirá preguntas sobre el autocuidado en la salud mental.

02= Es el post test que se administrara después de haber aplicado el taller educativo.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

TALLER DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y LA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL GERONTO DEL HOGAR SAN JOSÉ DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE CHICLAYO 2018.

Niveles de depresión	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
ALTO	28	56%	9	15%
MEDIO	15	30%	10	20%
BAJO	7	14%	31	65%
TOTAL	50	100%	50	100%
Promedio	11,0		16,7	
Diferencia		(-5,7)		

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO DE LA TABLA 1:

Antes de la aplicación de taller de enfermería en salud mental para disminuir la depresión en el área de geronto del Hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, se encontró que en mayor porcentaje se presenta en el nivel Alto en un 56% (28), seguido del nivel Medio en un 30% (15) y finalmente el nivel Bajo en un 14% (7), con un promedio de 11,0. Después de la aplicación, se encontró que en mayor porcentaje se presenta el nivel Bajo en un 65% (31), seguido del nivel Medio en un 20% (10) y finalmente el nivel Alto en un 15% (7), con un promedio de 16,7, Haciendo una diferencia significativa de (-5,7).

TABLA 2

NIVELES DE DEPRESIÓN ANTES DEL TALLER DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN EL GERONTO DEL HOGAR SAN JOSÉ DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE CHICLAYO 2018.

NIVELES DE DEPRESION	N°	Porcentaje
ALTO	28	56%
MEDIO	15	30%
BAJO	7	14%
TOTAL	50	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO DE LA TABLA 2:

Antes de la aplicación de taller de enfermería en salud mental para disminuir la depresión en el área de geronto del Hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, se encontró que en mayor porcentaje se presenta en el nivel Alto en un 56% (28), seguido del nivel Medio en un 30% (15) y finalmente el nivel Bajo en un 14% (7).

TABLA 3
NIVELES DE DEPRESIÓN DESPUES DEL TALLER DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN EL GERONTO DEL HOGAR SAN JOSÉ DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE CHICLAYO 2018.

NIVELES DE DEPRESION	N°	Porcentaje
ALTO	9	15%
MEDIO	10	20%
BAJO	31	65%
TOTAL	50	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

COMENTARIO DE LA TABLA 3:

Después de la aplicación, se encontró que en mayor porcentaje se presenta el nivel Bajo en un 65% (31), seguido del nivel Medio en un 20% (10) y finalmente el nivel Alto en un 15% (7),

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H1: Taller de enfermería en salud mental influye en la disminución de la depresión en el geronto del Hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, 2018.

Ho: Taller de enfermería en salud mental no influye en la disminución de la depresión en el geronto del Hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, 2018.

H1 ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 4: Prueba de Hipótesis mediante la t-Student

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Antes – Después		-5,70	4,234	2,050	4,912	9,437	8,673	49	,000

COMENTARIO DE LA TABLA 4:

Aplicando la técnica del software SPSS v.22, se obtuvo el valor de la t-Student Calculada (t_c) de 8,673; siendo además el valor de la t-Student de Tabla (t_T) de 5,623. Como el valor de la T-Calculada es mayor que la T-de tabla ($t_T < t_c$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_a), con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

Siendo cierto: Taller de enfermería en salud mental influye en la disminución de la depresión en el geronto del Hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, 2018.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo General, se buscó determinar Antes de la aplicación de taller de enfermería en salud mental para disminuir la depresión en el área de geronto del Hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, se encontró que en mayor porcentaje se presenta en el nivel Alto en un 56% (28), seguido del nivel Medio en un 30% (15) y finalmente el nivel Bajo en un 14% (7), con un promedio de 11,0. Después de la aplicación, se encontró que en mayor porcentaje se presenta el nivel Bajo en un 65% (31), seguido del nivel Medio en un 20% (10) y finalmente el nivel Alto en un 15% (7), con un promedio de 16,7, Haciendo una diferencia significativa de (-5,7). Coincidiendo con MACAS GLADYS, (2012). Llegando a la conclusión: *“De los adultos mayores investigados en lo concerniente a las enfermedades crónico degenerativas el 40% se ven afectados por problemas de Diabetes e Hipertensión Arterial, el 20% con problemas de Hipertensión arterial, el 17% con otros tipos de enfermedades (osteoporosis, artrosis, síndrome varicoso), el 10% con diabetes, el 7% con hipertensión arterial y otras; el 3% con diabetes y otras enfermedades; y así mismo el 3% con diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades”*

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar Antes de la aplicación de taller de enfermería en salud mental para disminuir la depresión en el área de geronto del Hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, se encontró que en mayor porcentaje se presenta en el nivel Alto en un 56% (28), seguido del nivel Medio en un 30% (15) y finalmente el nivel Bajo en un 14% (7).

Coincidiendo con MONTENEGRO JESSICA y SANTIESTEBAN YESSICA, (2016). Llegando a la siguiente conclusión: *“Se evidencia en el Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí, un alto porcentaje de adultos mayores con estado de salud mental deteriorado, presentando el 45.8% un estado depresivo severo y un 37.5% estado depresivo moderado”* . Coincidiendo además con REYES J. (2016).

Concluyendo en lo siguiente: *“La depresión en los adultos mayor institucionalizado es leve en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor San Miguel diciembre 2016 por lo que se acepta la hipótesis planteada”*

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar Después de la aplicación, se encontró que en mayor porcentaje se presenta el nivel Bajo en un 65% (31), seguido del nivel Medio en un 20% (10) y finalmente el nivel Alto en un 15% (7). Coincidiendo con Bennett, 1959; Weinstock, (1971

). Los ancianos que ya estaban aislados antes de ingresar en una residencia geriátrica presentaban una gran dificultad para interactuar con sus compañeros y con el personal, frente a otros ancianos que no estaban aislados ya antes del ingreso residencial. En consecuencia, los ancianos inactivos y aislados se vuelven menos capaces socialmente y por lo tanto presentan un mayor riesgo psicopatológico de problemas interpersonales y emocionales que pueden activar el deterioro cognitivo y especialmente la depresión. Coincidiendo además con Flórez Lozano. (2014). Precisamente un método especialmente útil e interesante para combatir este deterioro cognitivo y anímico del anciano es el desarrollo y estímulo de las habilidades Sociales (HHSS) (Caballo, 2016), de tal suerte que la potenciación de la conducta social, la expresión de los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos produce en última instancia una mejoría de la satisfacción personal y social, así como de la autoestima

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: Taller de enfermería en salud mental y la disminución de la depresión en el geronto del hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo, 2018, encontrando que antes de su ejecución se encontró que en mayor porcentaje era de nivel Alto, con un promedio de 11,0 y después de su ejecución se encontró en mayor porcentaje un nivel Bajo, con un promedio de 16,7, siendo una diferencia significativa de (-5,7). Existiendo una influencia debido a la ejecución de los talleres de enfermería en salud mental permitiendo la disminución de la depresión en los ancianos. Comprobado estadísticamente mediante la T-Student, con 49 grados de libertad y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Con respecto a la dimensión antes de los talleres de enfermería se encontró en mayor porcentaje el nivel Alto.

TERCERO

Con respecto a la dimensión después de los talleres de enfermería se encontró en mayor porcentaje el nivel Bajo.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Promover la capacitación sistemática de las enfermeras que permita sensibilizar a los ancianos en la prevención y disminución de la depresión.

SEGUNDO

Realizar talleres orientado a los ancianos que les permita comprender y participar activamente de las actividades dirigidos a la disminución de la depresión.

TERCERO

Realizar actividades socioculturales, como las dramatizaciones, teatro, juegos de mesa, jornadas familiares como las caminatas y visitas, e invitaciones a personalidades y organizaciones que permitan la comprensión y disminución de la depresión.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Macas G. Propuesta de un programa psicoeducativo para potenciar la salud mental del adulto mayor con enfermedades crónicas, del hospital universitario Motupe de Loja. Ecuador, 2012. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6725/1/Macas%20Macas%20Gladis%20Beatriz%20.pdf>
2. Segura A, Cardona D, Segura Á, Garzón M. Revista de Salud Pública. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Publicado el (2), Abril 2015, disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41295/53035>
3. Montenegro J., Santiesteban Y. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados mochumí – lambayeque – 2016. Lima. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/760/MONTENEGRO%20VALDIVIA%20JESSICA%20DEL%20MILAGRO%20y%20SANTISTEBAN%20BALDERA%20YESSICA%20MEDALY.pdf;jsessionid=88A98452CC391DE62173080A70E91CB0?sequence=1>
4. Reyes Jessica. Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico dios es amor – san miguel diciembre 2016. Universidad San Juan Bautista. Lima
5. (Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas OMS, Ginebra, 2016.) Del "informe mundial de la salud", 2014: "Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza, Organización Mundial de la Salud, 2014, el artículo no está disponible en castellano.
6. Ídem OMS: "Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza", en "Introducción".
7. Simposio "Salud mental y física durante toda la vida", 11 de octubre de 2015, sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C. "Día de la salud mental".

8. Ídem, Simposio "Salud mental y física durante toda la vida", intervención de Mirtha Roses Periago, directora de OPS, "Día de la salud mental".
9. "Mental Health" o "Mental Illness" (1961)
10. Weare, Katherine (2014). *Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach* (tr.es. "Promocionando la salud mental, emocional y social: todo un acercamiento intelectual). Londres: RoutledgeFalmer. pp. 12. ISBN 978-0-415-16875-5.
11. Witmer, J.M.; Sweeny, T.J. (2014). A holistic model for wellness and prevention over the lifespan (tr.es. "Un modelo holístico para el bienestar y la prevención en el curso de la vida»). *Journal of Counseling and Development* (tr.es. "Periódico de consejería y desarrollo) 71: pp. 140-148.
12. Hattie, J.A.; Myers, J.E.; Sweeney, T.J. (2014). «A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis and practice». *Journal of Counseling and Development* 82: pp. 354-364.
13. Richards, P.S.; Bergin, A. E. (2000). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity* (tr.es. "Manual de psicoterapia y diversidad religiosa"). Washington D.C.: Asociación estadounidense de psicología. pp. 4. ISBN 978-1-55798-624-5.
14. Myers, J.E.; Sweeny, T.J.; Witmer, J.M. (2016). *The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning*. *Journal of Counseling and Development* (tr.es. "La rueda del bienestar y la consejería"). 78. 251-266.
15. Disfunción de la red cerebral en desorden bipolar Espectro CNS. 11 de abril de 2016; 11(4):312-20; quiz 323-4.
16. Deficiencia regional en el volumen del cerebro en esquizofrenia: un meta-análisis basado en esbozos morfométricos, Honea et al., Am J Psychiatry. diciembre de 2015;162(12):2233-45
17. Enfermería Fundamental. McGraw-Hill. 1993. Tomo I y II
18. Wieck L., King E.M., Dyer M. Técnicas de Enfermería. Manual ilustrado. Interamericana.



MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Aplicación del taller de enfermería en salud mental y su influencia en la disminución de la depresión en el geronto del hogar San José de las hermanitas de los ancianos desamparados de Chiclayo - 2018”

Bachiller: Rosa Elizabeth Panta López

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
¿Cómo la aplicación del Taller de Enfermería en Salud Mental influye en la disminución de la Depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018?	<p>Objetivo General:</p> <p>Aplicar el Taller de Enfermería en Salud Mental y medir su influencia en la disminución de la Depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar el 	<p>Hipótesis principal</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se aplica el Taller de Enfermería en Salud Mental entonces se influye en la disminución de la Depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018? 	Taller de Enfermería en Salud Mental para la disminución de la Depresión en el geronto	Un taller educativo es la reunión de varias personas que poseen algo en común (aprender y/o reforzar), esta reunión se realiza en un espacio físico, se organizan en grupos o equipos donde interactúa lo teórico- práctico según el tema que se haya enseñado, con la finalidad de	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de adquirir conocimientos sobre Salud Mental y depresión. - La población será capaz de decirnos con sus propias palabras cuales son los cuidados necesarios para su enfermedad. - La población será capaz de identificar los cuidado necesitan para

	<p>diagnóstico de los factores de riesgo que predisponen al geronto a la depresión en el hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de la realización del programa de enfermería en salud mental en el Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018. 	<p>Hipótesis Secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> La falta de amor que presentan los ancianos conllevara aun depresión en el geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018. Los estilos de vida que se ve en el hogar llevaran a una depresión del geronto del Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos 		<p>mejorar o reforzar conductas sanas y saludables de la persona, la familia, la comunidad y entorno</p>	<p>cuidarse de su enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La población Será capaz de valorar la importancia sobre cómo cuidarse. - conociendo mi cuerpo - Conocimientos básicos sobre Salud Mental y Depresión - Metodología activa. - Uso NTICS (TV, video, etc.). - Uso de material impreso. - Se desarrolla de manera presencial. - Trabajo grupal. - Se aplicará un pre-test y un post-test al
--	---	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar la influencia del programa de enfermería en salud mental en el Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo 2018. 	Desamparados de Chiclayo 2018.			finalizar cada sesión.
--	--	--------------------------------	--	--	------------------------