

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

Departamento de Psicología, Educación y Salud

Apuesta estratégica “Desarrollo con Inclusión”

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (PAP)

ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADO COMO RECURSOS

QUE PROMUEVEN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL ANCIANO

INSTITUCIONALIZADO Y NO INSTITUCIONALIZADO



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

60
años

Proyectos de Aplicación Profesional

PAP 2G03 Programa de Salud Pública e Innovación en Nutrición II

“Mejorando mi alimentación, memoria y espacios en la búsqueda de
un envejecimiento saludable”

PRESENTAN

Programas educativos y Estudiantes

Lic. en Arquitectura Mariana García Loya

Lic. en Nutrición Lluvia Estefanía Cárdenas Medina

Lic. en Nutrición Sinaith Aguilar Herrera

Profesores PAP

Mtra. María Martha Ramírez García

Dra. Margarita Maldonado Saucedo

Tlaquepaque, Jalisco. Mayo de 2017

ÍNDICE

REPORTE PAP	3
Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional	4
Resumen	4
Introducción	5
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS	7
Capítulo 1	7
1.1 Antecedentes	7
1.1.1 Alimentación y Memoria	7
1.1.2 Desnutrición	11
1.1.3 La ergonomía a favor de la funcionalidad y evitación de accidentes en el hogar	15
1.2. Justificación	28
1.3 Pregunta y Objetivos	31
1.4. Contexto elegido	33
Apartado Teórico y Metodológico	38
Capítulo 2	38
2.1. Sustento teórico	38
2.1.1 Envejecimiento saludable- activo	38
2.1.2 Vejez - Adulto Mayor	38
2.1.3 Centro de día	39
2.1.4 Nutrición clínica	39
2.1.5 Memoria	40
2.1.6 Desnutrición- enfermedades crónico degenerativas.....	40
2.1.7 Sarcopenia	41
2.1.8 Arquitectura	41
2.1.9 Ergonomía	42
2.1.10 Prevención de accidentes en el hogar	42
2.1.11 Accidentes en el hogar	43
2.2 Apartado Metodológico	44
2.2.1 Sujetos	44
2.3 Planeación y seguimiento del proyecto	46
Capítulo 3 Aprendizajes profesionales, ético y sociales	52
3.1 Aprendizajes profesionales	52
3.2 Aprendizajes éticos	52
3.3 Aprendizajes sociales	53
3.4 Aprendizajes personales	53
SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS Y RESULTADOS	55
Capítulo 4 El papel que tiene la alimentación en la memoria	55
4.2 Alimentos que mejoran la memoria	55
4. 3 Cantidad y combinaciones de alimentos para mejorar mi memoria.....	56
Capítulo 5 Desnutrición y su impacto en la vejez.....	58
5.1 Importancia de una buena nutrición en esta etapa de la vida.....	58
5.2 Importancia del calcio en el adulto mayor.....	59
Capítulo 6: Ergonomía y evitación de accidentes en el hogar	60
6.1 Capacidades intrínsecas y su importancia en la vejez	61

6.2 Guía para la prevención de accidentes: Suelos y Escaleras.	63
Reflexiones.....	64
Conclusiones	65
Bibliografía.....	67
Anexos	69

REPORTE PAP

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional

Los Proyectos de Aplicación Profesional (PAP) son una modalidad educativa del ITESO en la que el estudiante aplica sus saberes y competencias socio-profesionales para el desarrollo de un proyecto que plantea soluciones a problemas de entornos reales. Su espíritu está dirigido para que el estudiante ejerza su profesión mediante una perspectiva ética y socialmente responsable.

A través de las actividades realizadas en el PAP, se acreditan el servicio social y la opción terminal. Así, en este reporte se documentan las actividades que tuvieron lugar durante el desarrollo del proyecto, sus incidencias en el entorno, y las reflexiones y aprendizajes profesionales que el estudiante desarrolló en el transcurso de su labor.

Resumen

El presente trabajo da a conocer los resultados obtenidos a partir de la aplicación de una entrevista semi-estructura construida por los estudiantes, construcción que van de la mano con los temas de memoria y alimentación, desnutrición y la ergonomía en el hogar. Al analizar la información que nos proporcionó este instrumento nos permitió diseñar un taller piloto que aborda el área de nutrición comunitaria y arquitectura que tuvo el fin de conocer y reconfigurar las prácticas cotidianas para la mejora en la calidad de vida de los Adultos Mayores. La teoría que se utiliza, retoma elementos que tienen que ver con la nutrición comunitaria y la arquitectura. Tras la aplicación del taller se da cuenta de cómo es que esta reconfiguración en las prácticas cotidianas se va dando por lo que hacen los adultos mayores en su diario vivir.

Palabras clave: Envejecimiento, vejez, nutrición, memoria, ergonomía y accidentes en el hogar.

Introducción

En nuestros días la transición demográfica que se está viviendo en nuestro país y en el mundo, se relaciona con la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Este cambio poblacional, ha despertado la necesidad para el desarrollo, creación de programas y apoyos a las personas de la tercera edad; ya que se requieren programas en distintas áreas: políticas, económicas, sociales, mismas que impactan directamente en la salud.

Se requiere entender y ver a la vejez más allá de las limitaciones físicas y sociales, para esto se requiere configurar alternativas de acción que proporcionen elementos que sean capaces de incluir a los sujetos que envejecen en nuestro contexto actual. En relación a la falta de estrategias y programas de salud y prevención de accidentes en el hogar, a partir de estas áreas se enmarca este trabajo de investigación, ante la falta de exploración en el tema nos da pie para describir e identificar lo que necesita el adulto mayor en relación a los temas anteriormente mencionados.

Este proyecto tuvo como propósito construir un taller destinado a los usuarios del centro de día de Bugambillas con la finalidad de identificar y proponer las prácticas nutricionales que favorecen la memoria y evitan la desnutrición, además de promover la ergonomía en el hogar del adulto mayor.

La presente investigación es de corte cualitativo, se utilizaron elementos de la etnografía y la fenomenología, y las herramientas que facilitaron el análisis de datos fueron: aplicación de entrevista semi-estructurada, observación participante, notas de campo, grupos focales.

Los elementos mencionados con anterioridad se tomar para dar respuesta a la pregunta general de la que se parte: ¿Cuáles prácticas nutricionales favorecen a la memoria y evitan la desnutrición en adultos mayores del centro de día dentro del Desarrollo integral para la familia (DIF) Bugambillas, y conocer porqué es importante tomar en cuenta la ergonomía en su hábitat para la prevención de

accidentes?, la cual fue respondida a través de significados que nos brindaron 38 asistentes al taller.

Las prácticas nutricionales que favorecen a la memoria son el realizar colaciones y en estas incluir alimentos que contengan Omega 3 y 6, fósforo y zinc en los cuales se encuentran almendras, nueces, cacahuates, chía por mencionar algunos

Existen ciertas prácticas nutricionales que ayudan a evitar una desnutrición en el adulto mayor es consumir los 3 macronutrientes durante sus comidas que son proteína, carbohidratos, lípidos, el diferenciar entre los hábitos saludables y hábitos que pueden ser perjudiciales para la salud, el tomar en cuenta los nutrimentos para evitar ciertas patologías que se desencadenan por malos hábitos.

Sabemos que durante el envejecimiento se generan nuevas situaciones y relaciones del adulto mayor con su entorno inmediato; cambios graduales en la mayoría de los casos, y profundos en otros, que tienen que ver con una progresiva disminución de sus habilidades físicas, por lo tanto, son más propensos a sufrir accidentes dentro de su entorno. Por otro lado la ergonomía como disciplina busca adaptar correctamente los espacios, productos, sistemas, etc.; la ergonomía en este caso cumpliría el rol de adaptar objetos, mobiliario y espacios en general, considerando las limitaciones generadas en la realización de actividades de la vida diaria de la persona mayor; Un espacio que se adapte correctamente al adulto mayor es esencial para la preservación de sus capacidades limitadas y por lo tanto también en la optimización de su calidad de vida.

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS

Capítulo 1

1.1 Antecedentes

En este apartado se presentan y desarrollan tres temas que son; Alimentación y memoria, desnutrición, la ergonomía a favor de la funcionalidad y evitación de accidentes, analizan los antecedentes históricos en el ámbito internacional, nacional y local. Estos estudios nos permiten enmarcar la relevancia de nuestro trabajo de investigación, ya que este apartado da sustento de lo que se ha hecho en estos tres niveles y lo poco explorado que ha estado a nivel Jalisco y Zona Metropolitana de Guadalajara.

1.1.1 Alimentación y Memoria

Nivel Internacional:

El aumento en la esperanza de vida también incrementa la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, siendo la demencia la de mayor impacto a nivel internacional en la salud pública por los elevados costos que requiere su tratamiento. Actualmente se estima que enfermedades relacionadas a la demencia afectan a más de 6 millones de personas en Norteamérica, 5 millones en Europa, entre 8 y 10 millones en Asia y 1.5 millones de individuos en América del Sur, con una prevalencia media de 3 a 15% en mayores de 65 años y una incidencia de 0.3 a 0.7%. (Carnero Pardo, 2012).

Sin embargo, un gran número de individuos padecen de estados pre-demencia no diagnosticados. En la última década se ha intentado identificar cambios cognitivos, conductuales y biológicos que ocurren durante la fase pre sintomática de la demencia. Así mismo las evidencias apuntan a que el depósito gradual de la carga patológica (placas de amiloide y ovillos neurofibrilares son las responsables de la disfunción cognitiva).

La declinación cognitiva que ocurre sin cambios significativos en el funcionamiento de la vida diaria ha recibido múltiples denominaciones, siendo la más difundida deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. El riesgo de padecer demencia está

fuertemente relacionado con factores que elevan el riesgo de accidentes cerebrovasculares, incluyendo presión arterial alta, diabetes, niveles elevados de colesterol, y el tabaquismo. En muchas instancias, la demencia puede prevenirse efectuando cambios relacionados con el estilo de vida factores como el sobrepeso excesivo y la presión arterial alta que están asociados con un riesgo más alto de padecer una enfermedad cerebrovascular.

Las personas con demencia muchas veces desarrollan problemas de comportamiento por su frustración ante situaciones específicas. El comprender o modificar las situaciones que desencadenan estas conductas puede ayudar a hacer que la vida sea más agradable tanto para la persona con demencia como para quienes la cuidan.

Las investigaciones realizadas enfocan diferentes aspectos relacionados a la demencia y a su vez buscan nuevas soluciones para mejorar la calidad de vida a personas que padecen de diferentes tipos de demencia. Eventualmente, se podrían llegar a ofrecer formas de prevenir o curar estos trastornos.

Nivel Nacional:

En México De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014), más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes. En las personas de la tercera edad, los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida –familiar, salud, dependencia, entre otros– pueden causar aislamiento, soledad y angustia, situaciones relacionadas con estos trastornos (OMS, 2014).

En México, para el 2013, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, 13.5% era por demencia no especificada, 13.2% por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol y 12.3% por trastornos depresivos. Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y

para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo (INEGI, 2015).

Por otra parte la depresión derivada de episodios de demencia y del deterioro cognoscitivo es una alteración predominante en el adulto mayor en el cual el estado de ánimo se encuentra en situaciones en la que predominan síntomas de tristeza patológica, decaimiento o irritabilidad, entre otros. Su impacto es tal, que puede llegar a incapacitar la realización de las actividades cotidianas y en casos graves puede conducir al suicidio. Es un padecimiento que no se diagnostica adecuadamente y en los adultos mayores los síntomas se consideran erróneamente como parte normal del proceso de envejecimiento.

La prevalencia del deterioro cognoscitivo más dependencia funcional (demencia), fue de 3.3% similar a la reportada en algunos países de Latinoamérica (Mejía-Arango, 2007). En la mayoría de los estudios las mujeres parecen tener una mayor incidencia, lo cual sugiere que la prevalencia incrementada no es debida en su totalidad a una mayor longevidad. Asimismo la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana se relaciona de manera importante con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, (tales como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebral y depresión), lo que señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población de adultos mayores. La demencia en el adulto mayor es una de las enfermedades más incapacitantes y de elevado costo social en México.

Nivel local (ZMG):

La demencia en la población adulta en México es un trastorno subdiagnosticado en primer nivel de atención. En la zona metropolitana de Guadalajara se informa una prevalencia de 3.7% en adultos mayores de 65 años de edad, que se encuentra por encima de la media de América Latina con 6.5% con predominio en el sexo masculino. Así mismo se estima que 13.4% de la población de adultos mayores en Jalisco padece algún tipo de demencia o deterioro cognitivo, lo que significa un aproximado de 50,000 pacientes en la entidad. (Serrano y Castro, 2012)

Las investigaciones realizadas sobre las causas de algunos tipos de demencia incluyen estudios sobre factores genéticos, los neurotransmisores, la inflamación, los factores que influyen en la muerte celular programada en el cerebro. Algunos investigadores están tratando de determinar los papeles del metabolismo del colesterol, el estrés oxidativo (reacciones químicas que puedan dañar las proteínas, el ADN y los lípidos dentro de las células), y la microglia en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Los científicos también están investigando el papel de las proteínas relacionadas con el envejecimiento tal como la enzima telomerasa. En varios estudios se ha visto que las personas que toman medicamentos que reducen el nivel de colesterol, llamados estatinas, tienen un riesgo menor de padecer de demencia. Sin embargo, no está claro si este efecto aparente se debe al efecto de los medicamentos, u a otros factores.

Estudios iniciales sobre el estrógeno y su relación con la demencia sugieren que éste podría ayudar a prevenir la demencia en mujeres mayores. Sin embargo, en otro estudio clínico con varios miles de mujeres post-menopáusicas de 65 años o mayores, se llegó a la conclusión de que una terapia combinada de estrógeno y progesterona aumentaba sustancialmente el riesgo de padecer de la enfermedad de Alzheimer. En este último estudio también se encontró que un tratamiento con estrógeno solo también parecía aumentar levemente el riesgo de padecer demencia.

Algunos estudios han sugerido que dos medicamentos, la pentoxifilina y la propentofilina, podrían servir para tratar la demencia. La pentoxifilina mejora el flujo sanguíneo mientras que la propentofilina parece interferir con algunos de los procesos que causan la muerte celular en el cerebro.

Como muchos estudios han encontrado pruebas de inflamación cerebral en las enfermedades relacionadas a algunos tipos de demencia, algunos investigadores han propuesto utilizar medicamentos que controlen la inflamación como los NSAIDs, que podrían prevenir o retardar la progresión de la enfermedad. Estudios realizados con ratones sugieren que estos medicamentos podrían limitar la producción de placas amiloideas en el cerebro, dando como resultado una mejora en la memoria del adulto mayor y por ende mejorar su calidad de vida.

1.1.2 Desnutrición

La nutrición es un elemento importante de la salud en la población de más edad y procesos de envejecimiento, la prevalencia de desnutrición está aumentando en la población de adultos mayores y está asociada con una disminución del estado funcional, deterioro de la función muscular, disminución de la masa ósea, inmunidad, anemia, función cognitiva reducida, mala cicatrización, tasa de reingreso hospitalarias más altas y mortalidad.

Los cambios patológicos del envejecimiento, como las enfermedades crónicas y las enfermedades psicológicas, juegan un papel en la compleja etiología de la desnutrición en las personas mayores.

La evaluación nutricional es importante para identificar y tratar a los pacientes en riesgo, la desnutrición se define como un estado en el que una deficiencia, exceso o desequilibrio de energía, proteínas y otros nutrientes causan efectos adversos en la forma corporal y función.

El número de ancianos en el mundo está aumentando de manera acelerada, pero este aumento, de acuerdo a algunos autores (Schneider, 2006) podría traducirse también en un incremento de enfermedades y discapacidades en ellos. Debido a lo anterior y a otros factores, se ha observado en este grupo de población un aumento de los problemas nutrimentales con repercusiones fatales en diferentes ámbitos (personal, familiar, social) (Schneider, 2006). De hecho, la malnutrición, es considerada como un síndrome geriátrico (Dávila, 2003)

La malnutrición se ha asociado con la aparición de una extensa gama de enfermedades degenerativas: arteriosclerosis, infarto de miocardio, cáncer, osteoporosis, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedad de Parkinson, cataratas, degeneración macular senil, trastornos gástricos y complicaciones de las diabetes.

Internacional:

La desnutrición proteico-energética, es un desorden muy común en adultos mayores, la prevalencia se estima entre 20-78% en pacientes médicos

significativamente entre los estudios porque da una variedad de índices y valores de corte usados para la antropometría y evaluación biológica. Existen pocos estudios que describan un pronóstico nutricional, el Geriatric Nutritional Risk Index permiten la determinación cuantitativa del riesgo a morbilidad y mortalidad relacionadas con la nutrición, existen dificultades para determinar el peso habitual, (Bouillanne, O, et al, 2005).

En América Latina, la prevalencia de desnutrición en ancianos que viven en la comunidad varía entre 4,6 y 18%, los ancianos ambulatorios presentan una desnutrición de 1 a 15 %, de 17 a 70% en los hospitalizados y hasta 85% en los que están en asilos esto debido a que presentan depresión y se ha demostrado la relación que existe ya que los adultos mayores presentan una pérdida de apetito por estos factores. (Cunha, 2001; Guigoz, 2002)

Según un estudio realizado por la OMS, en el año 2002 existían alrededor de 600 millones de adultos mayores, de los cuales cerca de 400 millones pertenecían a países en vías de desarrollo, además, se proyecta que para el año 2025 la cantidad de personas de este grupo etario será el doble de la actual.

En un estudio reciente realizado en una muestra representativa de 2500 personas de 65 y más años que viven en su domicilio en Cataluña, se ha encontrado un 88,8 % de las personas con un IMC de 23 o más. Utilizando el MNA-SF, la mayoría (92,7 %) de las personas mayores en su domicilio tenían un buen estado nutricional. Un 3,8 % de los hombres y un 10,6 % de las mujeres presentan una situación de riesgo de desnutrición. El número de personas con buen estado nutricional disminuye conforme avanza la edad. Resultados semejantes se han obtenido en una muestra de 178 personas entre 75 y 90 años atendidas en programas de cuidados domiciliarios en Finlandia. Según el MNA el 3 % tenían desnutrición y el 48 % estaban en situación de riesgo. Un reciente estudio de Guigoz ha encontrado 23 estudios que incluyen 14.149 personas en la comunidad en los que utilizando el MNA se ha encontrado un $2 \pm 0,1$ % de media con un rango del 0 al 8 % de personas con criterios de desnutrición. El $24 \pm 0,4$ % y un rango de 8 a 7 % en situación de riesgo nutricional. La tabla 1 presenta un

resumen de los estudios sobre prevalencia de desnutrición realizados en el medio comunitario.

Estudios hablan de la prevalencia observada en la población española no institucionalizada es muy similar a la obtenida en otras poblaciones, el sexo la edad y los ingresos constituyen los principales factores asociados a la desnutrición (Ramón.J, 2001).

Existen estudios acerca del deterioro cognitivo en la desnutrición, más no existen directamente de la desnutrición.

Nivel Nacional

En México la detección oportuna de la desnutrición es fundamental para brindar las recomendaciones de nutrición indicadas, ofrecer tratamientos efectivos y disminuir el riesgo de hospitalización y mortalidad, según datos de la INEGI en México han fallecido en la última década más de 80 mil personas a causa de la desnutrición, según datos del CONEVAL la pobreza alimentaria presenta niveles similares a los que existían en 1992 por lo que tenemos un estancamiento de 25 años, esto es un tema importante ya que al no tener seguridad alimentaria la población presenta desnutrición y problemas derivados de esta.

Según datos de la ENSANUT 2006, la prevalencia de desnutrición en varones de 60 o más años fue de 2.2% y en mujeres de la misma edad fue de 2.6%, el 25% de la población en México no es diagnosticada con nutrición a pesar de padecerla.

En un estudio realizado en adultos mayores de 60 años de edad que fueron atendidos en consulta ambulatoria de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social se encontró que 29,9% de los adultos mayores presentó malnutrición, se ha encontrado una relación entre la malnutrición con la depresión. En México se da una situación muy parecida, donde el tener dificultades para realizar actividades por sí solo muestra una asociación significativa e independiente al riesgo de desnutrición en adultos mayores.(Zenón.T, 2012)

Los estudios de Baumgartner, de Melton y de Castillo reportaron mayor prevalencia de sarcopenia en las mujeres que en los hombres ancianos, así como que otros elementos, como la edad mayor a 75 años, la incapacidad física, el tabaquismo y la comorbilidad, desempeñan un papel importante en su desencadenamiento, mientras que en el estudio realizado en México se encontraron resultados similares, puesto que la prevalencia de sarcopenia aumentó con la edad, las mujeres con diagnóstico de desnutrición o riesgo de la misma tuvieron déficit de masa muscular (sarcopenia), el cual limita sus capacidades funcionales, este se ve reflejado en la dependencia del uso de bastón para trasladarse y en el mayor número de caídas que tuvieron en el último año. La desnutrición y la sarcopenia disminuyen la calidad de vida de quienes la padecen y se consideran puntos de partida del ciclo de fragilización del anciano, que los hace especialmente vulnerables a las caídas, a la pérdida de la autonomía, a la exacerbación de las enfermedades y a la muerte prematura (Alva, M et al, 2004).

Nivel ZMG

El 50% de los adultos mayores en Jalisco presentan desnutrición o riesgo a desnutrición.

Existen pocos antecedentes en el estado de Jalisco, pero según estudios que fueron realizados coinciden con reportes hechos en España, donde el tipo de desnutrición predominante fue proteica y difieren entre los obtenidos por Gutiérrez et al quienes reportan que el principal tipo de desnutrición fue el marasmo, habiendo utilizado el mismo método, en una población de adultos mayores.

Muchos estudios han documentado la prevalencia de desnutrición en adultos mayores, tanto en los de vida libre como aquellos reclusos en hospitales o instituciones de cuidado de larga distancia, la prevalencia va desde un 10- 20% en adultos mayores en sus hogares a 60% en pacientes hospitalizados y en instituciones de cuidado (Rodríguez, N. et al, 2005).

Las investigaciones han llegado a la conclusión de una dieta inadecuada y desnutrición, están asociada con la disminución del estado funcional, tanto

muscular como cognitivo, también la combinación de la influencia de la edad asociada a factores generales de salud.

1.1.3 La ergonomía a favor de la funcionalidad y evitación de accidentes en el hogar

Internacional:

Las estrategias de salud pública que se han adoptado frente al envejecimiento de la población han sido claramente ineficaces. La salud de las personas mayores no sigue el ritmo con el que aumenta la longevidad, los sistemas de salud actuales no están adaptados a la atención que necesita la población de edad avanzada, incluso en los países de ingresos altos, los modelos de cuidados a largo plazo son a la vez inadecuados e insostenibles y los entornos físicos y sociales presentan múltiples obstáculos y carecen de incentivos para la salud y la participación.

Es necesario un nuevo marco de acción global, que tenga en cuenta la gran diversidad de la población de edad avanzada y encare las desigualdades de fondo. Este marco de acción debe impulsar la creación de nuevos sistemas de asistencia sanitaria y cuidados a largo plazo más acordes con las necesidades de las personas mayores, y velar por que todos los sectores se centren en objetivos comunes para que las iniciativas sean coordinadas y equilibradas.

Desde la perspectiva de mayor riesgo de enfermedad, y teniendo en cuenta los grandes cambios sociales y las pérdidas personales que con frecuencia se experimentan en la tercera edad, se podría pensar que se trata de un período de deterioro y sufrimiento. Sin embargo, no es así, varios estudios sobre las tendencias del bienestar subjetivo a lo largo de la vida indican que en muchos países la satisfacción general con la vida aumenta en la vejez. Hay distintas explicaciones posibles para esta conclusión, pero es probable que se deba en parte al potencial de recuperación, adaptación y crecimiento psicosocial en la edad avanzada (OMS, 2014).

Sin embargo, estas tendencias no son universales, y en algunos países las personas mayores presentan un nivel inferior de satisfacción con la vida que los

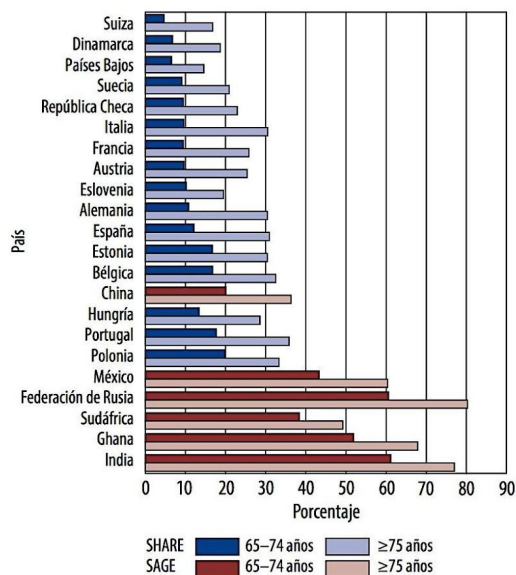
adultos más jóvenes. Este dato pone de relieve la influencia de las características del entorno para hacer posible o no que las personas vivan la vejez de manera positiva (OMS, 2014).

Pérdida considerable de la capacidad funcional y dependencia de cuidados:

La palabra dependencia se utiliza mucho en relación con el envejecimiento, aunque no existe acuerdo acerca de qué significa en realidad o si se trata de un estado positivo o negativo. En los debates económicos generalmente se presenta la dependencia en la vejez como un estado negativo que requiere de atenciones o cuidados de generaciones más jóvenes y más productivas que las viejas. En ciertas culturas la relación entre las generaciones más jóvenes y las mayores se considera una relación de interdependencia mutua. En muchas culturas asiáticas, entre otras, esta interdependencia es vista como un bien social fundamental (OMS, 2014). El concepto de dependencia de cuidados es el que ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana. El motivo es que el deterioro de la capacidad ya no puede compensarse con otros aspectos del entorno de la persona mayor o con el uso de los dispositivos de apoyo disponibles. La dependencia de cuidados a menudo se ha evaluado con instrumentos que determinan si la persona requiere ayuda con sus actividades de la vida diaria. Estos instrumentos miden una serie de dominios básicos de funcionamiento, como la continencia urinaria y fecal y la capacidad para llevar a cabo de forma independiente actividades de cuidado personal, ir al baño, alimentarse, transferirse de un lugar a otro, moverse dentro de la casa, vestirse, subir escaleras y bañarse (OMS, 2014)

La gráfica 1, resume la información de la encuesta SHARE y el estudio SAGE (2012) relativa a la prevalencia en las personas mayores de la necesidad de ayuda con al menos, una de las cinco actividades básicas de la vida cotidiana (comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño).

Gráfica 1



Nota: Las cinco actividades básicas de la vida diaria incluidas en el análisis fueron comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama e ir al baño.

Fuente: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015, OMS.

La gráfica muestra que hay importantes diferencias entre los países en el porcentaje de personas que necesitan asistencia con al menos, una actividad básica de la vida cotidiana. También demuestra claramente el impacto de la edad, ya que las personas de entre 65 y 74 años tienen considerablemente menos necesidad de ayuda que las personas de 75 años o más (OMS 2014).

Las Caídas en la Vejez.

Las caídas son un problema de salud importante para las personas mayores. Se ha calculado en varias revisiones que el 30% de las personas con 65 años o más y el 50% de las personas mayores de 85 años que viven en la comunidad sufrirán al menos una caída por año (OMS, 2014). Las caídas son aún más comunes en los centros de cuidados a largo plazo, dado que ocurren anualmente en más del 50 % de las personas que tienen 65 años o más. (OMS, 2014). En general, entre el 4 % y el 15 % de las caídas producen lesiones significativas, y del 23 % al 40 % de las muertes relacionadas con lesiones en las personas mayores se deben a caídas (OMS, 2014). Las lesiones relacionadas con caídas pueden variar desde pequeños hematomas o laceraciones hasta fracturas de muñeca o cadera, por otro lado, las caídas son el principal factor de riesgo de fracturas y son incluso

más importantes que la baja densidad mineral ósea u osteoporosis (el 80 % de las fracturas por traumatismos mínimos ocurren en personas que no tienen osteoporosis y el 95% de las fracturas de cadera se deben a caídas) (OMS 2014). Hay una amplia base de pruebas de que muchas caídas pueden prevenirse combatiendo una gran variedad de factores de riesgo. Estos factores son: (OMS, 2014).

- Factores individuales, como la edad, el género, el origen étnico y el bajo nivel de educación y de ingresos.
- Algunas características de salud, por ejemplo hipotensión postural, enfermedades crónicas, uso de medicamentos, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, bajos niveles de actividad física, falta de sueño, aumento del índice de masa corporal.
- Factores vinculados con la capacidad intrínseca, como deterioro de la capacidad física, emocional y cognitiva y dificultades de visión, equilibrio y movilidad.
- Factores vinculados al entorno, como vivienda inadecuada (pisos resbaladizos, iluminación tenue, obstáculos y peligro de tropiezos), escaleras mal diseñadas, calles y caminos con superficies irregulares, imposibilidad de acceder a servicios de salud y sociales, uso incorrecto de los dispositivos de apoyo, falta de interacción social y apoyo comunitario, calzado inadecuado.

El entorno inmediato tiene un importante papel en la protección de las personas mayores contra las caídas. Una revisión sistemática de intervenciones polifacéticas a nivel de la población que fueron evaluadas en estudios realizados en Australia, Dinamarca, Noruega y Suecia mostró que se evitaron entre el 6 % y el 75 % de las lesiones relacionadas con caídas (OMS, 2014).

Además del tratamiento de afecciones de salud y el control de medicamentos, se ha demostrado que diversas intervenciones en el entorno resultan útiles para reducir los riesgos en el caso de los adultos mayores que viven integrados en la comunidad:(OMS, 2014).

- Educación para las personas mayores a fin de ampliar sus conocimientos y reducir el temor a las caídas.

- Visitas a domicilio realizadas por profesionales de la salud a personas en situación de alto riesgo. Las evaluaciones conjuntas realizadas por prestadores de asistencia sanitaria certificados y la persona mayor pueden ser más exhaustivas y lograr un mejor seguimiento que la autoevaluación por separado o una evaluación realizada solo por un médico general.
- Información sobre la reducción de riesgos en el hogar.
- Capacitación para prestadores de servicios municipales, trabajadores sanitarios y nuevos proyectistas de viviendas sobre cómo eliminar riesgos en el hogar y los espacios públicos.
- Oportunidades para realizar actividad física, como programas de caminatas o clases de taichí en la comunidad.
- Mejoras en el entorno físico del barrio, como mejorar la iluminación de los espacios públicos y construir calles y senderos peatonales más accesibles y seguros.
- Educación comunitaria sobre prevención y manejo de caídas mediante folletos, afiches, la televisión y la radio y con la participación de medios de comunicación locales, servicios y organismos comunitarios.

Vivienda para la Tercera Edad.

Las personas mayores quieren una vivienda que les permita vivir con comodidad y seguridad, cualquiera sea su edad, ingreso o nivel de capacidad. Para algunas, se trata del deseo de envejecer en la comunidad donde han vivido, o sea, de permanecer en su casa y en su comunidad mientras envejecen. Para otras, el envejecimiento en la comunidad quizás no sea recomendable. Por ejemplo, la vivienda quizás deje de servirles si el barrio ha sufrido un proceso de declive o de aburguesamiento y si las redes y los servicios comunitarios de los que dependían han desaparecido. En otros casos, la vivienda puede ser inadecuada al punto de tornarse perjudicial para la persona mayor, lo que sucede muy a menudo en contextos de bajos recursos. En estos contextos, los servicios básicos limitados, los múltiples riesgos para la seguridad y los hogares intergeneracionales superpoblados pueden restringir la comodidad y la seguridad (OMS, 2014).

Las políticas deben hacer que las necesidades y preferencias de las personas mayores concuerden mejor con su vivienda, mediante mecanismos que se ocupen de los cambios inevitables que ocurren tanto en las personas como en los lugares

con el transcurso del tiempo. Entre los beneficios de una mejor adecuación se incluyen: mejoras en la salud mental, menos lesiones, la capacidad de mantener vínculos tanto con el hogar como con la comunidad, y mayor autonomía e independencia (OMS, 2014).

Es importante debatir sobre programas y políticas generales de vivienda y lo que se puede hacer para proporcionar viviendas adecuadas y barrios seguros.

El deterioro de la capacidad intrínseca es la razón más común por la cual las personas no pueden continuar viviendo en su hogar y deben mudarse. Muchas personas mayores habitan viviendas que fueron construidas hace mucho tiempo y tienen elementos potencialmente peligrosos, como alfombras, puertas estrechas, baños inaccesibles y poca luz, estos factores se transforman en obstáculos para la independencia a medida que las personas envejecen y pierden capacidad. Cuando las personas sufren una pérdida importante de la capacidad, los que antes eran obstáculos domésticos menores posiblemente se transformen en grandes obstáculos que les impidan satisfacer sus necesidades diarias (OMS, 2014).

Las reformas del hogar (conversiones o adaptaciones realizadas a elementos físicos permanentes de la vivienda para reducir las exigencias del entorno físico) pueden tener diversos beneficios: facilitan las tareas; reducen los riesgos para la salud, como las caídas, proporcionan mayor seguridad; ayudan a mantener la independencia con el transcurso del tiempo; tienen efectos positivos en las redes y relaciones sociales. Se ha demostrado que las reformas del hogar son eficaces en función del costo. Por lo general, se centran en uno o más de los siguientes tres aspectos: (OMS, 2014)

- La accesibilidad física: por ejemplo, mediante la eliminación de obstáculos (como escaleras de ingreso) y la inclusión de elementos de ayuda para la movilidad y la seguridad (como barras de apoyo en las duchas y cerca de los inodoros).
- La comodidad: por ejemplo, mediante la mejora de la eficiencia energética con la instalación de aislamientos y burletes.

- La seguridad: por ejemplo, mediante la reducción del polvo en el aire o la instalación y el mantenimiento de mecanismos para evitar lesiones, como pisos antideslizantes en los baños.

Las personas mayores pueden hacer planes con tiempo e integrar los cambios necesarios para asegurar la accesibilidad, por ejemplo, agregar barras de apoyo cuando renuevan el baño, o pueden realizar los cambios a medida que su capacidad disminuye. Debido a que la capacidad de las personas mayores puede deteriorarse con rapidez, es necesario garantizar que las evaluaciones sean oportunas y que los cambios se realicen en forma rápida, de modo que las personas mayores puedan mejorar todo lo posible sus trayectorias de funcionamiento y envejecer en la comunidad. El hogar puede ser una base importante desde la cual promover los vínculos, por lo que las personas mayores deben tener control sobre cualquier decisión acerca de las modificaciones propuestas.

Las necesidades, las preferencias, las modalidades de convivencia y las situaciones financieras de las personas mayores varían enormemente alrededor del mundo. Por lo tanto, las políticas para garantizar que cuenten con una vivienda adecuada deben ofrecer soluciones diversas. La vivienda de las personas mayores con ingresos bajos representa un desafío especial para el Envejecimiento Saludable (OMS, 2014). Las estrategias para que la vivienda sea accesible requieren que se mejore la capacidad de las personas mayores para pagar una vivienda adecuada o que se ofrezcan viviendas sociales. Es probable que estas estrategias exigen la colaboración de los gobiernos, los servicios sociales y el sector privado.

Los países han enfrentado el problema de la asequibilidad de distinta manera, pero siempre teniendo en cuenta tanto la oferta como la demanda. Entre las estrategias para aumentar la demanda se encuentra aumentar el dinero disponible de las personas mayores para alquilar o comprar una vivienda adecuada. En Uruguay, por ejemplo, se otorgan beneficios de vivienda basados en los ingresos de la persona, que pueden usarse para pagar una parte o la totalidad del alquiler (OMS, 2014). En otros países de la región también se ofrecen subsidios directos

para realizar mejoras en el hogar. Los gobiernos también pueden influir en el costo del alquiler o en su impacto en las personas mayores (OMS, 2014). En algunos países, como Estados Unidos, se han entregado vales para viviendas subvencionadas, para que los inquilinos puedan envejecer en la comunidad. Para los propietarios mayores con ingresos bajos, existen los programas de reducción de impuestos sobre bienes raíces (OMS, 2014). En Sudáfrica existen subvenciones para quienes reciben un subsidio de vejez que les permite construir o comprar una casa. Otras estrategias para aumentar el ingreso disponible de las personas mayores incluyen el uso de una casa libre de gravamen como activo para canjear por dinero en efectivo o usar como garantía para un préstamo (OMS, 2014).

Otra opción podría ser instrumentar una política que apoye el traslado de las personas mayores a viviendas más adecuadas. Por ejemplo, en los Países Bajos se entrega un subsidio específico para vivienda para ayudar a las personas mayores a mudarse a una casa más adecuada. En Nicaragua existe una ley que otorga a las personas mayores, o a los hogares donde vive una persona mayor, acceso preferente a los proyectos de vivienda social (OMS, 2014).

Es más barato construir viviendas nuevas accesibles y con un consumo de energía más eficiente que modernizar las que ya existen. En muchos países, las leyes y normas sobre discapacidad y accesibilidad afirman la necesidad de proporcionar acceso a todas las personas. Aunque las tasas de renovación del patrimonio de viviendas sean bajas y no sea factible centrarse en la construcción de viviendas nuevas en el corto plazo, es importante garantizar que las viviendas con respaldo estatal cumplan con los principios del diseño universal, consuman energía de manera eficiente y sean capaces de aprovechar las innovaciones en materia de diseño de viviendas que pueden servir a las personas a medida que envejecen. También es posible utilizar códigos de construcción que requieran características accesibles para garantizar que los promotores inmobiliarios de viviendas regidas por los precios del mercado construyan casas y dispongan renovaciones más adaptadas a las personas mayores (OMS, 2014). Los arquitectos, constructores y urbanistas deben tomar conciencia de la importancia de garantizar la accesibilidad.

Nacional:

Vivienda para adultos mayores en México.

Cuando hablamos de hábitat para la tercera edad, propiamente dicho, generalmente pensamos en recomendaciones y normas de accesibilidad para evitar accidentes como caídas, pero la arquitectura geriátrica en la actualidad nos revela que el tema de la vejez debe ser retomado de inmediato, no sólo por los profesionales de la salud, sino también por las distintas áreas relacionadas con el diseño de aquellos espacios que se convierten en el hogar temporal, y en la mayoría de los casos, en el hábitat que compartirán hasta la muerte.

En México existen 11 millones de adultos mayores y para 2020 serán 14 millones. Dentro de 15 años, la vivienda para este segmento de la población será un problema importante; los accidentes en el hogar provocan la muerte en 30% de los ancianos del país (Villafranco. G, 2016).

La población de adultos mayores es uno de los segmentos más desamparados. En México existen menos de 400 médicos geriatras para una población que a 2015 ascendía a 11 millones de adultos mayores, y para 2020 serán 14 millones, equivalentes a 12.1% de la población total (Villafranca G,2016).

Según estimaciones de la Comisión Nacional de Vivienda (Conavi, 2013), la vivienda para este sector de la sociedad será un problema importante dentro de 15 años, y según la Secretaría de Salud (SS, 2014), los accidentes en el hogar provocan la muerte en 30% de los ancianos del país.

“El problema más grande de la vivienda para adultos mayores es que no se han construido esquemas de atención para el acceso a una solución habitacional acorde a sus necesidades, debido a que los intermediarios financieros, al vislumbrar un mayor grado de riesgo en el otorgamiento de un crédito a este sector de la población, incrementan las tasas de interés y requisitos previos, manteniendo condiciones no aptas para su nivel de ingreso o pensión”, según explica la Conavi (2013).

Los espacios destinados a vivienda propia, unidades habitacionales y hasta los mismos asilos, no cuentan en su mayoría con algunos elementos clave como: (Villafranco. G, 2016).

- Suelo antiderrapante.
- Puertas y pasillos más amplios.
- Baños y regaderas con mayor amplitud (previniendo el uso de andador o silla de ruedas).
- Buena iluminación y ventilación.
- Control accesible de temperatura.
- Cercano a una zona de hospitales.

La población en México cada vez vive más, cada vez se tienen menos hijos y, por lo tanto, se necesita urgentemente comenzar a desarrollar servicios de geriatría, residencias para los adultos mayores y soluciones para que la población de la tercera edad pueda aspirar a un retiro y pasar sus últimos días en espacios que garanticen la mayor calidad de vida.

Según datos que muestra el Inegi (2013). Otro factor que muestra el problema de la vivienda para los adultos mayores es el hacinamiento. En 1990 la proporción de adultos mayores en viviendas hacinadas fue de 7.3%, en 2000 registró 5.0%, y en el año 2010 el 2.3% de adultos estaban en esta situación.

Asimismo, en uno de cada cuatro hogares hay un adulto mayor, y en uno de cada veinte sólo viven adultos mayores, según datos de la Conavi (2013).

De las 500 instituciones registradas en la Junta de Asistencia Privada de la Ciudad de México, sólo 44 están dedicadas a la atención de los ancianos. Ante la falta de vivienda para los adultos mayores existe una oportunidad de negocios que explotar (Villafranco. G, 2016).

Ejemplo de esto es la inversión de 2,000 millones de pesos que la empresa Belmont Village Senior Living Estados Unidos, operadora de residencias de retiro, planea realizar en una serie de residencias programadas para abrir en los próximos cinco años en la Ciudad de México (Villafranco. G, 2016).

El primer paso de ese plan consistió en la inauguración de un Centro de Información que posteriormente se convertirá en el Belmont Village Senior Living de Santa Fe, con una inversión de 750 mdp (Villafranco. G, 2016).

Otro caso de inversión es el del centro de día para adultos mayores Meridia, que sirve como un espacio para pasar algunas horas del día en actividades como cocinar, ejercitarse, tomar un masaje o incluso asistir a cursos de pintura, aprender a recitar o escribir su biografía. Cada centro requiere de una inversión de 1.2 millones de dólares, con un retorno de año y medio. Meridia establece una mensualidad de 9,900 pesos con derecho a tres asistencias por semana, tiempo en que el centro se hace cargo de alimentación, horario de medicamentos y aplicación de terapias, en caso de requerirse (Villafranco. G, 2016).

Aunque el problema de la vivienda en México para los adultos mayores podría resultar una gran preocupación dentro de 15 años, el aspecto económico es algo que ya resulta un problema. En México, uno de cada dos adultos mayores se encuentra en condiciones de pobreza patrimonial, y los que trabajan perciben ingresos laborales muy bajos, revelan datos de la Conavi (2013).

En los países en desarrollo, el ingreso promedio de las personas mayores de 65 años es de 3,700 dólares al año, la mayor parte de la población tiene bajos ingresos, pero los ingresos de los adultos de la tercera edad tienen un comportamiento creciente de 5.4% anual, según datos de Euromonitor International (2016).

“En 2040, 25% de los habitantes de la Ciudad de México tendrá más de 60 años; en ese sentido, ocuparnos desde hoy y pensar en el futuro de los adultos mayores es una responsabilidad compartida, porque es un futuro común”, dijo Salomón Chertorivski Woldenberg, secretario de Desarrollo Económico de la Ciudad de México (2016).

Seis de cada 10 mexicanos que hoy cuentan con 25 años dependerán en su retiro de familiares, amigos o de la caridad, según datos de la Consejo Nacional de Población (Conapo 2006).

Ergonomía en el ambiente construido.

Sabemos que durante el envejecimiento se generan nuevas situaciones y relaciones del adulto mayor con su entorno inmediato, que tienen que ver con una progresiva disminución de habilidades físicas o perceptivas; y con una menor posibilidad de adaptación a cambios y a situaciones límites.

En la actualidad es preocupante la forma como se ha incrementado la construcción de sistemas de vivienda e instituciones para la salud cada vez más inadecuadas para una vida saludable; un buen ejemplo es el nuevo diseño de apartamentos y casas con espacio reducido, que incluyen cada vez más barreras arquitectónicas como escalones, baños pequeños que limitan movimientos con ayudas técnicas como bastones o sillas de ruedas, entre otros problemas. Un entorno diseñado para personas activas y jóvenes se convierte en un lugar discapacitante para una persona mayor con limitaciones funcionales, es común encontrar también que muchos de los problemas psicológicos y de aislamiento social que presentan las personas mayores y con cualquier tipo de discapacidad se debe a entornos que dificultan realmente la realización de las actividades de la vida diaria y la relación habitual con sus semejantes (Herrera. P, 2010).

Según la Sociedad Mexicana de Ergonomistas (SEMAC, 2000) , la ergonomía de las necesidades específicas "(...) Se enfoca principalmente al diseño y desarrollo de equipo para personas que presentan alguna discapacidad física para la población infantil, escolar y el diseño de microambientes autónomos". La ergonomía de las necesidades específicas se considera una herramienta necesaria en la adaptación del espacio de trabajo para las personas con discapacidad, aplicando un enfoque centrado en la autonomía y la integración normalizada: la estrategia de "empleo con apoyo", que fue desarrollada en Estados Unidos desde la década de los 80's y que se ha ido extendiendo progresivamente por todo el mundo (Herrera. P, 2010).

El análisis del ambiente geriátrico proyecta la arquitectura y el diseño de espacios como una disciplina proposicional, que asume la posibilidad de producir un entorno más rico, estético y estimulante, además de funcional (Herrera. P, 2010).

Segun un reporte de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM 2007), Las actividades de la vida diaria a analizar son:

- Actividades básicas propias del autocuidado, como alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse y andar.
 - Actividades instrumentales de la vida diaria. Indican la capacidad que tiene un individuo para llevar una vida independiente en la comunidad: tareas del hogar, compras, manejo de la medicación y de los asuntos económicos.
 - Actividades avanzadas de la vida diaria. Son marcadores de actos más complejos, como empleo, tareas en tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, etc.
- Las necesidades espaciales que se deben analizar en el hábitat de la tercera edad deben ser de índole:

- Operativo - funcionales: En las cuales se analiza la forma en que las personas pueden desplazarse con comodidad dentro de su espacio, si el área de que se dispone es suficiente y si las actividades se realizan ágilmente; es decir, el fácil o difícil desplazamiento sensorio-motriz que se tiene a partir del grado de funcionalidad. También es analizada como la percepción de si son apropiados los espacios habitacionales y las instalaciones del espacio para la realización del objetivo para el que fueron diseñados.
- Emocionales: La modificación del espacio consiste en las manifestaciones de cristalización de un vínculo espacial con su contexto. Los puntos a analizar serían:
 - Amigabilidad
 - Familiaridad
 - Privacidad
- Preventivo: El espacio debe disponer desde su proyección la seguridad tanto física como mental, permitiendo la libertad del movimiento, garantizando seguridad, protección en la realización de las actividades, e higiene tanto en los espacios internos y externos. Por último, el mobiliario debe tener tanto una coherencia formal como funcional con el espacio, con el fin de evitar riesgos de caídas y disturbios del comportamiento.
- Terapéutico. Un ambiente terapéutico se puede propiciar proporcionando un espacio cálido, a fin de disminuir el miedo, los disturbios del comportamiento, estimulando las habilidades residuales y aumentando la confianza y autoestima de los usuarios. Un anciano es una persona que está implicado en un debilitamiento generalizado de sus capacidades físicas; no hay que pensar en todo aquello que

el anciano no puede hacer, pues existen múltiples actividades que el anciano es capaz de realizar y es recomendable que las haga de esta manera, la respuesta arquitectónica puede orientarse en el sentido de acentuar y estimular.

A partir de la búsqueda de información en relación a los estudios -ya mencionados en párrafos anteriores-, enfocados sobre los temas de memoria y la alimentación, desnutrición y el papel de la ergonomía en la evitación de accidentes en el hogar, son temáticas que han sido revisadas en distintos escenarios en relación con la vejez, pero pocos son los estudios realizados en lo que se profundiza en centros de día. Esta información nos abre camino para darle mayor fuerza al trabajo que se pretende realizar en este contexto, con la finalidad de conocer las necesidades en estas tres áreas ya mencionadas e iniciar a configurar estrategias de autocuidado que abonen directamente a su calidad de vida.

1.2. Justificación

Lo que se pretende en este apartado es justificar la relevancia de este trabajo de investigación. A continuación se exponen las razones por las cuales se pretende realizar este tema o la problemática del tema, explica porque es conveniente la investigación y qué o cuáles son los beneficios que se esperan con el conocimiento obtenido en las dos áreas: nutrición y arquitectura.

En México, según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO 2006) para el 2050 la población de adultos mayores se habrá cuadruplicado. Este incremento sugiere una mayor participación de los adultos mayores en la futura dinámica social y por lo tanto una mayor necesidad de generar herramientas, sistemas, productos y servicios en todos los ámbitos de la vida cotidiana para este sector de la población, incluso en la arquitectura.

El estado nutricional y el deterioro cognitivo del adulto mayor puede presentar cambios negativos relacionados con la salud física y mental del individuo. El aumento en la expectativa de vida ha tenido implicaciones importantes para los sistemas de salud en el ámbito mundial.

Las proyecciones señalan que entre 1980 y el año 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará 77%. Con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad entre las que el deterioro cognitivo sin demencia y con demencia representan condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor y determinan un mayor uso de los servicios de salud. El deterioro cognitivo que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual.

En Latinoamérica, se han reportado tasas de prevalencia de demencia que oscilan entre 3 y 6%. En la población mexicana se espera un crecimiento explosivo de la población geriátrica y en consecuencia un aumento significativo de casos de pérdida de la memoria. Algunas variables sociodemográficas que se han asociado con una mayor probabilidad de demencia son la edad, la alimentación, el género femenino y la baja escolaridad. Así mismo, algunas enfermedades crónicas de la vejez como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardíaca y cerebral, así como hipertensión, han demostrado una fuerte relación con el desarrollo de la demencia por sus efectos directos o indirectos en el estado del cerebro.

El deterioro cognitivo es una condición importante en la población de adultos mayores mexicanos. Los resultados de la investigación representan un aporte valioso para la comprensión de la importancia que tiene el deterioro cognitivo y los distintos factores que la afectan y que a su vez están asociadas con ella, como una mala alimentación, enfermedad, edad, aspectos sociodemográficos entre otros. Es necesaria la intervención profesional para evitar la pérdida de memoria presente en el adulto mayor de la población mexicana, la salud mental es un tema relevante de estudio, así como su asociación con distintas enfermedades altamente prevalentes en los adultos mayores de México.

La ergonomía a favor de la funcionalidad y evitación de accidentes en el hogar. Por muchos años se ha ignorado el efecto del espacio construido en el comportamiento humano, aun cuando ha sido un tema enfatizado por los

psicólogos ambientales, se ha demostrado que muchos de los traumas psicológicos y de aislamiento social que siguen las personas mayores y a cualquiera que padezca una discapacidad, se fundamenta en un entorno que dificulta realmente la relación con sus semejantes (Herrera. P, 2010).

El envejecimiento trae consigo la progresiva disminución tanto de sus habilidades físicas como perceptivas, lo que lleva a profundizar en el estudio de los modelos que estudian la conducta del adulto mayor en el espacio.

La ergonomía, como disciplina que busca adaptar correctamente los espacios, productos, sistemas, servicios, etc., a las labores del ser humano, para mantener su bienestar; Puede a partir del conocimiento profundo del usuario comprender las condiciones de este sector poblacional para mejorar los espacios y servicios en cualquier ámbito de la vida cotidiana.

En la actualidad se ha polemizado la ergonomía sobre aspectos de diseño. Se han realizado investigaciones que aseguran los efectos terapéuticos que tiene el ambiente físico en procesos de recuperación y calidad de vida (Herrera. P, 2010).

La arquitectura geriátrica nos revela que el tema de la vejez debe ser retomado de inmediato, no solo por profesionales de la salud, sino también por distintas áreas relacionadas con el diseño. Este tipo de espacios puede convertirse en un reto para el diseñador actual, pues cuando las personas llegan la vejez inician un periodo en el que están más expuestas al riesgo de contraer enfermedades, que a su vez pueden traducirse en discapacidad.

Pese a que ya existen normas de accesibilidad para espacios públicos, como es el caso de edificios destinados a la salud. Según Frank (2003), no se trata de desarrollar una arquitectura ortopédica. Las barreras físicas son solo parte del nudo del tema pero no del todo. Se trata de una concepción filosófica, ética e interdisciplinaria de la arquitectura y del rol profesional. Es necesario no perder de vista que se proyecta para un grupo de personas con necesidades singulares, no son sólo personas con discapacidades.

En este caso las características del proceso de envejecimiento forman parte del problema, tanto limitaciones funcionales y limitaciones mentales, estos dos factores llevan a los adultos mayores a diferentes grados de dependencia funcional, en parte debido a la falta de adecuación de los entornos donde viven, a sus necesidades y características. Por lo que resulta fundamental acrecentar la

independencia de este sector, para evitarles una doble angustia: la discapacidad y la vejez.

Es evidente la estrecha relación entre los fenómenos de envejecimiento y la discapacidad, los que a su vez, transitan por un conjunto de conceptos que abarcan lo social, lo fisiológico, lo cultural, lo ético y que en su integridad permiten una vida más plena del ser humano. Desde esta perspectiva, la presente problemática expone a la ergonomía como herramienta esencial para el análisis y la búsqueda de estrategias para la supuesta mejora de la calidad de vida de este sector poblacional.

Esta justificación nos expone las razones por las cuales es necesario hacer el esfuerzo de investigar este tema en específico, abordado desde las áreas de nutrición y arquitectura.

1.3 Pregunta y Objetivos

Se realizó esta estructura con el fin de dar a conocer que es lo que se pretende realizar o que se va a investigar. Los objetivos ayudan a la investigación a definir que es lo que se pretende obtener como producto, que respuestas va a dar a las preguntas formuladas, como se va a resolver el problema planteado o como podría ayudar a resolverlo. Por otro lado se planteó el problema a través de una serie de preguntas que se resolverán durante el proceso de investigación.

Se redactó una serie de elementos de una manera clara y precisa, los acontecimientos que queremos investigar para poder introducir al lector las causas y consecuencias que se aplican hacia el tema que queremos dar a conocer.

Estos elementos son los siguientes: Los objetivos que persigue la investigación y las preguntas de investigación.

Pregunta General:

¿Cuáles prácticas nutricionales favorecen a la memoria y evitan la desnutrición en adultos mayores del centro de día DIF Bugambillas, y conocer porqué es

importante tomar en cuenta la ergonomía en su hábitat para la prevención de accidentes?

Objetivo General:

Identificar y proponer las prácticas nutricionales que favorecen la memoria y evitan la desnutrición, además de promover la ergonomía en el hogar del adulto mayor del centro de día DIF Bugambillas, en el periodo de Febrero - Mayo 2017.

Preguntas secundarias:

1. ¿Qué prácticas nutricionales abonan a la memoria y previenen la desnutrición?
2. ¿Qué hábitos abonan a la memoria y previenen la desnutrición?
3. ¿Qué papel tiene la ergonomía en la habitabilidad y usabilidad en el hogar del adulto mayor?
4. ¿Cuáles son los factores que generan accidentes en el hogar?
5. ¿Cuáles son las estrategias que suponen la prevención de accidentes en el hogar del AM?

Objetivos Específicos:

1. Identificar las prácticas nutricionales que abonan a la memoria.
2. Describir las prácticas nutricionales que previenen la desnutrición y proponer los hábitos alimenticios que abonan a la memoria y previenen la desnutrición.
3. Reconocer el papel de la ergonomía en la habitabilidad y usabilidad en el hogar del adulto mayor.
4. Identificar los factores que ocasionan accidentes en el hogar del AM.
5. Generar estrategias informativas para la prevención de accidentes en el hogar del Adulto Mayor.

El planteamiento del problema nos ayuda en la investigación ya que esto es el primer paso para poder crear nuestro marco teórico donde se va desarrollando más la investigación que queremos abordar.

Por otro lado, en el planteamiento lo que se realizó es una pequeña explicación al lector de lo que se tratará el tema a abordar.

1.4. Contexto elegido

El Centro para el desarrollo integral del adulto mayor, se encuentra ubicado en la Avenida Bugambillas No. 2500 Fraccionamiento Bugambillas, perteneciente al municipio de Zapopan, Jalisco. La elección del escenario se debe a que es uno de los centros más grandes a nivel metropolitano en Jalisco, por otro lado el tipo de población que asiste son adultos mayores de 60 años, género femenino y masculino. El encargado del centro de día Bugambillas es el Licenciado David Rosas Olivares.

El objetivo del Centro de día para el desarrollo integral del adulto mayor, es atender las necesidades básicas de alimentación, socioculturales, recreativas y formativas a los adultos mayores, a través del envejecimiento activo y saludable con la finalidad de contribuir a un desarrollo integral que dignifique su vejez, así como su integración familiar, y comunitario. Además, se busca también promover la atención a través de la capacitación, orientación y asesoría gerontológica a los Sistemas DIF municipales, organismos de la sociedad civil y público en general en el estado de Jalisco.

El objetivo general del centro de día es brindar atención integral y apoyos asistenciales diversos para la inclusión y el envejecimiento activo de las personas adultas mayores.

Los interesados en participar en el Centro de día, se integran a grupos de la tercera edad formados en sus comunidades y/o localidades coordinados por los Sistemas Municipales y/o Promotores del Programa Estatal.

Trabajo social, valora socioeconómicamente a los solicitantes para determinar la cuota de recuperación de los servicios y apertura su expediente también le induce sobre los servicios y procedimientos que beneficia el programa, cubriendo su cuota de recuperación acorde a los servicios solicitados, estos pueden ser apoyo asistencial en medicamentos e insumos para la salud, capacitación (educación para la salud, desarrollo de habilidades ocupacionales-culturales-recreativas y

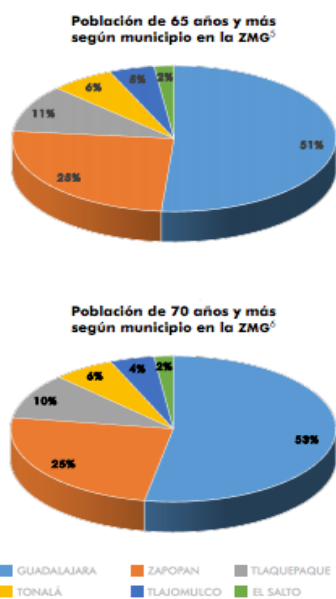
educativas), prótesis dental y ración alimenticia. Así mismo el adulto mayor recibe los servicios y registra sus citas subsecuentes de atención en los casos de consulta médica, odontológica y psicológica en su carnet.

Los centros del día consisten en ofrecer a las personas adultas mayores alternativas para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre. Así como también actividades recreativas, culturales, deportivas, ocupacionales y talleres formativos y de desarrollo. Otros como alfabetización y capacitación gerontológica y servicios de comedor, médico, paramédico y transporte.

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) Jalisco cuenta con 548 mil 195 personas de 65 años y más.

Zapopan es uno de los municipios que ha ido incrementando el índice de envejecimiento, Zapopan concentra al 25% (Imagen 1) de la población de adultos mayores siendo el segundo municipio con más adultos mayores.

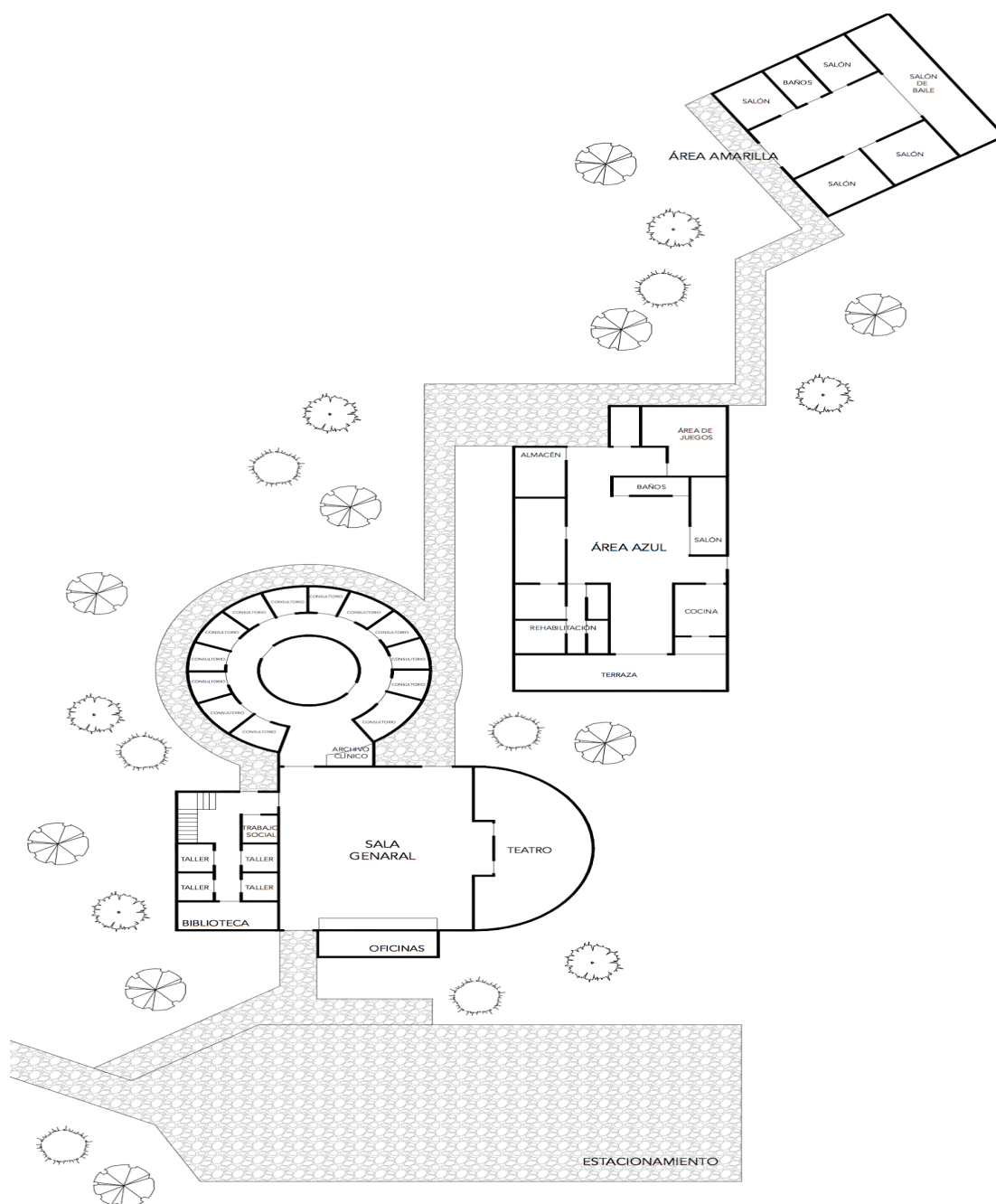
Imagen 1 : Población de 65 años y más según municipio en el AMG:



Fuente: Censo de población y vivienda 2010, INEGI.

Descripción y distribución general del lugar:

Mapa 1: Distribución del lugar



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

El Centro de Día está distribuido en tres módulos. El módulo más grande, por el cual es el acceso principal, cuenta con oficinas, talleres, biblioteca y un pequeño

teatro, además de contar con un amplio espacio central en el cual se realizan actividades físicas. Este módulo está conectado con el área de consultorios; El área de consultorios está distribuida en una planta circular, dentro de esta se encuentra el área de espera, está ubicada en el centro de la planta y a su alrededor, formando un pasillo se ubican los consultorios. El segundo módulo más amplio en dimensiones es el área azul, en este encontramos un área de juegos, un salón de belleza, el área de rehabilitación, la cafetería, cocina y terraza. Estos espacios están distribuidos en una planta rectangular que cuenta con un amplio espacio central y un tragaluz que llena el espacio de iluminación natural.

El tercer módulo es el área amarilla, en esta pequeña planta rectangular podemos encontrar 4 salones en los que se imparten talleres de bisutería, bordado, entre otros, además de contar con un amplio salón destinado a actividades de baile.

Los tres módulos descritos se conectan por medio de patios y encaminamientos exteriores. Además cada módulo cuenta con su propia área de baños.

Servicios y actividades que se brindan en el lugar:

La Población que asiste al centro de día es proveniente de distintas colonias pertenecientes al municipio de Zapopan por lo que el nivel socioeconómico es muy variado, algunos de los adultos mayores son transportados en su mayoría por camiones que el DIF proporciona, se encarga de llevarlos al centro y regresarlos a algún punto de su colonia, algunos de ellos se transportan en autos propios o en algún otro tipo de transporte. Se tiene la oportunidad de tener acceso a un desayuno que a las 11:00 am. Se tienen diferentes actividades y talleres a lo largo del día y de la semana varían según el día, se tiene que pagar por cada taller y/o actividad.

Se cuenta con diferentes tipos de actividades tales como, las culturales (lectura y teatro, cine foro, iniciación coral, anécdotas y leyendas), sociales (sala de billar, juegos de mesa), educativos(taller de inglés, curso en gerontología, computación), artesanales (fieltro y peluche, manualidades, figura en globo, arte con serpentina, bisutería en hilo, bordado en chaquira y listón, réplica en hoja natural, tejido y deshilado, pintura oleo), actividades deportivas (acondicionamiento físico, baile en

línea, baile de salón, rock & roll, danzón, danza folclórica, ritmos latinos), cuentan con eventos representativos en los que exponen lo aprendido en sus clases de baile, y se hacen en días culturalmente importantes como (revolución mexicana, día de las madres, navidad, día de muertos).

Apartado Teórico y Metodológico

Capítulo 2

2.1. Sustento teórico

En este apartado se describe el conjunto de conceptos disciplinares que ayudan a comprender y resolver la problemática del proyecto, se hace referencia al adulto mayor y los temas en los cuales se centra el proyecto, como lo es el envejecimiento saludable, memoria, arquitectura, nutrición.

2.1.1 Envejecimiento saludable- activo

El envejecimiento activo la Organización Mundial de la Salud, 2015 lo define como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación, seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, el envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y está centrado en las personas mayores, con el envejecimiento activo pretende mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura, el envejecimiento activo pretende entender esta etapa de la vida como un ciclo más de crecimiento personal, (OMS,2015) “Vida a los años y no solamente años a la vida” -Abraham Lincoln-.

2.1.2 Vejez - Adulto Mayor

Vejez es la cualidad de viejo (alguien de edad avanzada o algo antiguo y que no es nuevo o reciente). La vejez hace referencia a la senectud o edad senil. Aunque

no existe una edad exacta a la que se pueda considerar como el comienzo de la vejez, suele decirse que una persona es vieja cuando supera los 70 años de vida. La vejez también está vinculada a la categoría social que se conoce como tercera edad. Es correcto decir que la vejez es la última etapa de la vida de los seres vivos antes que se produzca el fallecimiento y es una inevitable consecuencia del paso del tiempo (Merino M et al.,2010).

2.1.3 Centro de día

Un Centro de Día es un lugar dedicado a proporcionar cuidados y actividades de desarrollo integral a los Adultos Mayores durante el día a través de profesionales de la salud, de manera que por las tardes y los fines de semana éstos pueden regresar a casa para disfrutar de su espacio, actividades personales, sociales y familiares. (Hernández M, 2015)

El objetivo de un Centro de Día es mejorar la Calidad de Vida de las Personas mayores a través de acciones que promueven su salud integral y al mismo tiempo fomentar, lo más posible, su independencia.

2.1.4 Nutrición clínica

La Nutrición Clínica es una de las ramas de la Medicina que ha experimentado un mayor auge en los últimos años, fundamentalmente a raíz del conocimiento de la alta prevalencia de malnutrición en los hospitales y de las enormes repercusiones clínicas y económicas de la misma. Al mismo tiempo, al aumento y gran desarrollo se ha sumado una explosión del conocimiento científico sobre la importancia de una adecuada alimentación y nutrición para la prevención y tratamiento de gran número de enfermedades y de las consecuencias de las mismas.

La Nutrición Clínica requiere un abordaje multidisciplinar en el que intervenga un equipo de profesionales que colabore estrechamente con los médicos responsables del seguimiento directo de los pacientes, así como con otras especialidades que presten su apoyo para el tratamiento o diagnóstico nutricional.

Aranceta, 2011, nos habla de la importancia de la participación de la nutrición clínica en la desnutrición en esta etapa de vida podría mejorar la calidad de vida y a su vez evitar desnutrición y sarcopenia (Aranceta, 2011).

2.1.5 Memoria

Piaget, 1968 define la memoria como “un almacenamiento de informaciones codificadas gracias a procesos de asimilación perceptiva y conceptual”, que implican una dimensión temporal, donde se derivan 2 tipos de memoria, la memoria a corto plazo, en ella se realizan operaciones de codificación y elaboración de la información para que se integre debidamente a lo que ya posee el sujeto. Por esta razón también se le ha denominado memoria activa u operativa, y es frecuentemente automática. Por otro lado está la memoria a largo plazo, esta memoria existe para todas las modalidades sensoriales y para otros tipos de información de carácter afectivo o conceptual. Según Gagné, 1976 la memoria de largo plazo es permanente, y la imposibilidad de recordar algo se debe a la dificultad de localizar la información. Esta memoria permanece inactiva hasta que no se presenta la demanda de una tarea determinada que hace necesaria su activación, retornando información a la memoria de corto plazo, desde donde se generan las respuestas.

2.1.6 Desnutrición- enfermedades crónico degenerativas

En las personas mayores el estado nutricional requiere una atención particular. Los ancianos presentan unas características peculiares que determinan su correcta o incorrecta alimentación. Aun conociendo los signos y síntomas que pueden aparecer cuando hay desnutrición, pocas veces se piensa en ello, por lo que, a pesar de su prevalencia entre los mayores de edad, suele pasar desapercibida en nuestra sociedad al considerarse un problema menor, comparado con el de la sobrepeso (Venegas E et al., 2001). La presencia de enfermedad junto a desnutrición puede acelerar las consecuencias negativas de ambas (Green CJ, 1999), aumentando la morbilidad e incrementando las estancias hospitalarias y las complicaciones postoperatorias, con el consiguiente

aumento de los costes sanitarios (García Pérez P, 2004). Los pacientes ancianos de riesgo van a ser, por lo general, aquellos en situación de fragilidad, pudiéndose afirmar que la desnutrición es un estado prácticamente constante en la fragilidad y en este sentido cabe tener presente que entre los ancianos frágiles de la comunidad aquellos que no tienen un control (o datos) del peso tienen mayor riesgo de mortalidad y de hospitalización (Izawa S, 2007).

La desnutrición incide especialmente entre los ancianos frágiles, suscitando pérdida de la capacidad funcional y de adaptación (Cuervo M et al., 2009).

2.1.7 Sarcopenia

La sarcopenia es un síndrome geriátrico que describe la pérdida de la masa y la función esquelética relacionada con la edad, la pérdida de fuerza muscular y los cambios cualitativos del tejido muscular, este proceso que ocurre en los Adultos Mayores se asocia a incapacidad física, caídas, fracturas, declive funcional, disminución en la calidad de vida e incremento de la mortalidad, la sarcopenia puede ser progresiva y se puede evitar teniendo una dieta adecuada y realizando actividad física (Carrillo et al, 2011).

Macronutrientes y Micronutrientes

Los micronutrientes también llamados oligonutrientes son las vitaminas y los minerales, que se consumen en cantidades relativamente menores, pero que son imprescindibles para las funciones orgánicas del ser humano, entre ellos se encuentran zinc, ácido fólico, hierro, Vitaminas A, B, C, D y minerales como: yodo, potasio, magnesio, selenio entre otros. Los macronutrientes son nutrientes que se consumen en cantidades relativamente grandes, como las proteínas, los hidratos de carbono simples y complejos, y las grasas y ácidos grasos, estos nos aportan calorías (energía) y son los principales elementos de construcción para las innumerables sustancias que son esenciales para el crecimiento y la supervivencia de los organismos vivos.

2.1.8 Arquitectura

Puede decirse que la arquitectura se encarga de modificar y alterar el ambiente físico para satisfacer las necesidades del ser humano. Los arquitectos no sólo se encargan de desarrollar construcciones en función de su forma y utilidad, sino que también siguen preceptos estéticos. Por eso, la arquitectura suele ser considerada como una de las bellas artes. La arquitectura está principalmente asociada al diseño de espacios que sirven como vivienda. La construcción de casas y edificios forma parte de la actividad más frecuente del arquitecto, quien debe tener en cuenta una gran cantidad de preceptos a la hora de desarrollar sus proyectos. (Pérez J, 2010).

2.1.9 Ergonomía

La ergonomía, como disciplina que busca adaptar correctamente los espacios, productos, sistemas, servicios, etc., a las labores del ser humano, para mantener su bienestar; Puede a partir del conocimiento profundo del usuario comprender las condiciones de este sector poblacional para mejorar los espacios y servicios en cualquier ámbito de la vida cotidiana. En la actualidad se ha polemizado la ergonomía sobre aspectos de diseño. Se han realizado investigaciones que aseguran los efectos terapéuticos que tiene el ambiente físico en procesos de recuperación y calidad de vida. La adaptación de objetos, mobiliario y espacios en general, tanto la consideración de las limitaciones generadas en la realización de actividades de la vida diaria de la persona mayor, son esenciales para la preservación de sus capacidades limitadas y por lo tanto en la optimización de la calidad de vida. (Lavalle Y, 2014).

2.1.10 Prevención de accidentes en el hogar

El entorno inmediato tiene un importante papel en la protección de las personas mayores contra los accidentes. Hay una amplia base de pruebas de que muchas caídas pueden prevenirse combatiendo una gran variedad de factores de riesgo. Estos factores son: (OMS, 2015).

- Factores individuales, como la edad, el género, el origen étnico y el bajo nivel de educación y de ingresos.

- Algunas características de salud, por ejemplo hipotensión postural, enfermedades crónicas, uso de medicamentos, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, bajos niveles de actividad física, falta de sueño, aumento del índice de masa corporal.
- Factores vinculados con la capacidad intrínseca, como deterioro de la capacidad física, emocional y cognitiva y dificultades de visión, equilibrio y movilidad.
- Factores vinculados al entorno, como vivienda inadecuada (pisos resbaladizos, iluminación tenue, obstáculos y peligro de tropiezos), escaleras mal diseñadas, calles y caminos con superficies irregulares, imposibilidad de acceder a servicios de salud y sociales, uso incorrecto de los dispositivos de apoyo, falta de interacción social y apoyo comunitario, calzado inadecuado.

2.1.11 Accidentes en el hogar

Los accidentes son un problema de salud importante para las personas mayores. Se ha calculado en varias revisiones que el 30% de las personas con 65 años o mas y el 50% de las personas mayores de 85 años que viven en la comunidad sufrirán al menos una caída por año. Las caídas son aún más comunes en los centros de cuidados a largo plazo, dado que ocurren anualmente en más del 50 % de las personas que tienen 65 años o más. En general, entre el 4 % y el 15 % de las caídas producen lesiones significativas , y del 23 % al 40 % de las muertes relacionadas con lesiones en las personas mayores se deben a caídas . Las lesiones relacionadas con caídas en el hogar pueden variar desde pequeños hematomas o laceraciones hasta fracturas de muñeca o cadera. Las caídas son el principal factor de riesgo de fracturas y son incluso más importantes que la baja densidad mineral ósea u osteoporosis (el 80 % de las fracturas por traumatismos mínimos ocurren en personas que no tienen osteoporosis y el 95% de las fracturas de cadera se deben a caídas). (OMS, 2015).

Estos conceptos son importantes ya que son con los cuales se trabaja en el proyecto, y según las necesidades del adulto mayor fueron estructurados, para poder dar contexto, así como es importante la nutrición y la arquitectura en esta etapa de la vida se tratan problemáticas a partir de esta, como lo es la memoria, la desnutrición, ya que con la alimentación se pueden evitar accidentes en el hogar y

con la ergonomía para la adaptación del hogar según las necesidades que se van presentando en la vida.

2.2 Apartado Metodológico

En el siguiente apartado se dan cuenta de las herramientas utilizadas, el tipo de metodología, la población con la que se trabajó y las técnicas de recolección de datos, todo esto para el análisis de la investigación sobre la funcionalidad del taller “Mejorando mi alimentación, memoria y espacios en la búsqueda de un envejecimiento saludable”, llevado a cabo en el Centro de día Bugambilias.

El presente trabajo es de corte cualitativo; sin embargo dentro de este enfoque existen diversos métodos para desarrollar una investigación, la etnografía y la fenomenología abonan a este trabajo, ya que se buscó conocer las percepciones que tiene el adulto mayor en relación con la memoria y la alimentación, la desnutrición y el papel de la ergonomía dentro del hogar. Una vez que se conocen los significados y percepciones de estos temas a través de la subjetividad, se contrasta con lo que existe en la teoría actual que aborda los temas mencionados. Se opta por dicha metodología, debido a que el objetivo del método fenomenológico es entender y describir cómo los sujetos partícipes en la investigación, significan y definen el fenómeno del envejecimiento.

2.2.1 *Sujetos*

Los participantes fueron voluntarios que asistieron el martes y/o jueves, decidieron inscribirse al taller. Las condiciones de inclusión y exclusión para formar parte de la investigación fueron las siguientes:

- Personas que pertenecen al Centro Bugambilias
- Mayores de 60 años
- Sin deterioro cognitivo

La muestra final estuvo conformada por 38 personas, de los cuales 28 fueron mujeres y 10 varones. La edad promedio es de 64 años.

A continuación se colocan las distintas colonias a las cuales pertenecen los participantes; artesanos, guadalupana, fresno, parques del bosque, lomas del Colli, el perdón, arroyo hondo, el retiro, pinar de la calma, hermosa provincia, santa Elena, rancho nuevo, santa tere, revolución, loma dorada, la loma, Bugambilias e independencia. Colonias que pertenecen a los municipios de Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque, y Tonalá.

Las técnicas de investigación que se aplicaron fueron:

- Entrevista semiestructurada: conformado por preguntas abiertas que abarcan las temáticas establecidas. (ver anexo).
- Observación participante: esto quiere decir que las alumnas formaron parte de la dinámica e interactuaron con los adultos mayores.
- Notas de Campo realizadas a posteriori: Se describen los hechos que se alineaban a las temáticas trabajadas y se sustentaba con aspectos teóricos.
- Taller (grupo focales): es una técnica de investigación, ya que el mismo fue diseñado para que las actividades que se realizaron se dirigen a los objetivos que guían este trabajo de investigación. Por medio de la creación de las distintas actividades establecidas en cada sesión, se buscó obtener las percepciones, subjetividades a través de las narraciones orales y escritas.

No hay que dejar de lado, la forma en la que se realizó el análisis de datos, el cual se entiende como: “una forma de ver y ver otra vez. Es un proceso en el que los datos se ordenen y se les da una estructura y un significado, con la finalidad de dar cuenta y descubrir lo que hay debajo de la superficie” (Shagoury-Hubbard y Miller-Power, 2000, pp 121-122). Para dar cuenta de lo que los adultos mayores nos comparten se hace necesaria la triangulación, ya que es una forma de justificar todo lo que se encuentra y todos los datos que se obtienen. Ya que las notas de campo, transcripciones, observaciones, entrevistas, son de gran ayuda para armar las conclusiones que dan respuesta al objetivo inicial de este trabajo.

2.3 Planeación y seguimiento del proyecto

Dentro de la planeación del proyecto que se muestra a continuación, se muestra la idea inicial que se desarrolló para la elaboración y estructura del taller, como proyecto; la misma se construyó antes de comenzar con la intervención en el Centro de Bugambilias.

Taller “Mejorando mi alimentación, memoria y espacios en la búsqueda de un envejecimiento saludable”.

A partir del análisis realizado de las entrevistas ejecutadas, se configura el taller incluyendo el área de nutrición y arquitectura.

SESIÓN	OBJETIVO SEMANAL	ACTIVIDADES
1 SESIÓN 28 y 30 de Marzo de 2017 9:15 a 9: 55am (Registro e invitación) 10:00 a 11:00 am	1) Dar a conocer datos sobre el período de la vida en que se presentan pérdidas importantes en el funcionamiento, a menudo a través de la medición de las actividades de la vida diaria (AVD).	EJERCICIO 1 : Registro de los participantes. EJERCICIO 2: Se hará una breve presentación de las presentadoras, se les pedirá que se pongan su etiqueta. EJERCICIO 3: Explicación breve de la capacidad intrínseca en el curso de la vida. <u>Descripción:</u> Corta presentación con la ayuda de una presentación en láminas ilustrativas.
	2) Conocer el significado de desnutrición, nutrición y la importancia de esta etapa de la vida.	EJERCICIO 4: Se les pedirá a los participantes que realicen una definición de que es una buena nutrición, y la importancia de preservarla

		durante esta etapa de la vida, y se leerán, se hará una pequeña retroalimentación.
	3) Conocer los alimentos que son saludables y contribuyen a la mejora en la memoria, y los no saludables que no contribuyen a tener una mejora en la memoria.	EJERCICIO 5: Alimentos para mejorar mi memoria Dividir al grupo en 2 o 3 equipos Poner las réplicas de alimentos en una mesa Una persona de cada equipo irá colocando en la cartulina previamente dividida en 2 apartados (Alimentos que mejoran mi memoria, y alimentos que no contribuyen a mi memoria) Ir anotando en pizarrón puntos de equipo que vaya acertando con las respuestas.
2 SESIÓN 04 y 06 de Abril de 2017 9:15 a 9: 55am (Registro, e invitación) 10:00 a 11:00 am	1) Dar a conocer las situaciones más frecuentes de riesgo de accidente en el hogar, debidas a elementos propios del entorno, o también por actividades concretas que por las condiciones físicas del adulto mayor, suponen un riesgo. El propósito es dar a conocer estas situaciones y presentar una serie de recomendaciones dirigidas al AM para prevenir los posibles accidentes.	EJERCICIO 1: Guía para la prevención de accidentes en el hogar. Se elaborará una guía llamativa con la finalidad de brindar una sesión informativa sobre qué son los accidentes, cuales son los más comunes e identificar riesgos clave en su entorno inmediato. Esta guía o folleto se les entregará impreso <u>Descripción:</u> Elaboración de una

		lista individual de cuales creen que son sus propios riesgos personales y posteriormente compartirlos con los demás, con el fin de identificar riesgos compartidos y brindar una posible solución.
	2) Comprender la importancia de los macronutrientes y micronutrientes, como el calcio en esta etapa de la vida	EJERCICIO 2: Realizar en parejas la actividad sobre el cómo los huesos son porosos y como se fija el calcio a los huesos, con esponja y cascaron de huevo.
	3) Conocer las porciones adecuadas de alimentos ricos en grasas saludables para consumir de manera práctica en vida cotidiana y sus posibles combinaciones con otros alimentos	EJERCICIO 3: Cantidad y combinaciones de alimentos para mejorar mi memoria Poner todos los alimentos al centro de la mesa y que todos los adultos mayores escojan qué cantidad es una porción y combinación con algún otro alimento Al final enseñarles a realizar posibles combinaciones como colaciones o snacks y que prueben los alimentos
3 SESIÓN 11 y 13 de Abril de 2017 9:15 a 9: 55am	1) El propósito es dar a conocer una serie de recomendaciones dirigidas al AM para prevenir posibles accidentes	EJERCICIO 1: Guía para la prevención de accidentes en el hogar.

(Registro, e invitación) 10:00 a 11:00 am	más específicos	<u>Descripción:</u> Dar revisión a la guía de accidentes
	2) Conocer y distinguir qué alimentos nos ayudan a tener una mejora en la memoria y a su vez agilizar la mente.	EJERCICIO 2: Destreza mental con alimentos para mejorar mi memoria 1. Dar al AM descripción del alimento ejemplo: sabor, color, textura y que el adulto mayor encierre en un círculo, haga una cruz o coloque una palomita en el alimento descrito
	3) Comprender la importancia de cuidar el colesterol en la dieta.	EJERCICIO 3: El presentar mediante cartulinas el que es el colesterol, y conocer la importancia de cuidar la nutrición. Mostrar en una lista los alimentos con poco, mediando, mucho colesterol, y que ellos vayan participando para formar la lista. En equipos de dos o tres personas, con la manguera de plastilina, y con un palillo hacer un pequeño orificio para que se haga conciencia de la
4 SESIÓN 18 y 20 de Abril de 2017 9:15 a 9: 55am	1) Además de continuar informando algunas medidas preventivas en el hogar, señalar la importancia de que las personas mayores mantengan una	EJERCICIO 1: Guía para la prevención de accidentes en el hogar. <u>Descripción:</u> Continuar informando

(Registro, e invitación) 10:00 a 11:00 Cierre general de talleres aplicados a adultos mayores	buena forma física, incorporando en su vida cotidiana la práctica de actividad y ejercicio físico adaptados a su edad y sexo.	sobre prevención de accidentes en el hogar, ampliando un poco más el tema y tomando puntos que lo profundicen, por ejemplo: Ponerse en forma.
	2) Que el adulto mayor cuente con los conocimientos necesarios así como también reconozca los beneficios de consumir alimentos que ayuden a mejorar su memoria, para buscar generar un impacto importante en el adulto mayor.	EJERCICIO 2: Entregar tríptico, folleto que contenga información acerca de los beneficios, importancia del consumo de grasas saludables para la mejora de la memoria, recordarles las porciones adecuadas, beneficios, y las causas a nivel cognitivo de no incluir en su alimentación alimentos buenos para la memoria. Contestar dudas y, sugerencias
	3) Que el adulto mayor comprenda la importancia de tener una buena nutrición en esta etapa de la vida, y el que esto puede evitar la sarcopenia y la desnutrición, que el tener obesidad no disminuye el riesgo	EJERCICIO 3: Explicar qué es la sarcopenia y porque se asocia con desnutrición, el hacer énfasis en la obesidad que aún presentándola puede tener presencia de desnutrición. El hacer una cartulina en la cual se le peguen post it acerca de lo que ellos piensan porque podría afectar el padecer sarcopenia y desnutrición. Alimentos que son económicos y

		altos en nutrientes, hacer una lista entre todos.
--	--	---

Capítulo 3

Aprendizajes profesionales, ético y sociales

3.1 Aprendizajes profesionales

Los aprendizajes profesionales adquiridos fueron el desarrollo de nuevos métodos de enseñanza en los talleres impartidos al adulto mayor, ya que se aplicaron conocimientos propios desde las áreas de nutrición y arquitectura , así como también se logró trabajar con este sector de la población en base a sus necesidades y posibilidades económicas. Se logró realizar empatía, así como interacción personal con el grupo. El trabajar en el centro de día y el aplicar entrevistas para obtener datos específicos de este grupo etario, nos hizo emplear métodos distintos de interpretación así como también de búsqueda de información a nivel local, nacional e internacional, lo cual hizo que se obtuvieran nuevas habilidades y destrezas que abonan en nuestra profesión. También obtuvimos conocimientos propios de esta etapa de la vida e información más detallada acerca de la vida personal del adulto mayor, lo cual favorece a nuestro desarrollo y formación profesional.

3.2 Aprendizajes éticos

Llevamos a la práctica un trabajo multidisciplinario con el fin de brindar la mejor atención a los pacientes con los que interactúan los enfermeros, se pretende dar a conocer información que describa elementos que abonen a una mejor calidad de vida y salud a sus vidas, todo esto con su sustento teórico pertinente en el que se pretende colocar información especializada para este sector del área de la salud en su ambiente laboral. Fomentamos el valor de la puntualidad y del respeto.

Por otro lado se pusieron en práctica otro tipo de conocimientos, como el uso de consentimientos, esto con la finalidad de crear un nivel de confianza entre los enfermeros participantes y la institución.

Al momento de aplicar las encuestas los nombres se cambiarán, con la finalidad de no poner en evidencia de la institución, ya que nos proporciona información personal, es aquí donde nuestra ética se hace importante para el buen manejo de la información obtenida.

Tenemos el compromiso de interpretar dicha información sin violar la confidencialidad de los implicados, pero si no comprometemos a no alterar los datos obtenidos, sino que por el contrario la información obtenida nos permita generar estrategias para afrontar el estrés laboral.

3.3 Aprendizajes sociales

Uno de los objetivos buscados en la ejecución del taller, fue realizar un proyecto con los instrumentos necesarios para generar un impacto social, es decir generar un cambio real en el estilo de vida de los adultos mayores implicados, para esto se buscó la Implementación de nuevos hábitos para mejorar la calidad de vida de los participantes, orientando así al adulto mayor con la ayuda de dinámicas impartidas en el taller. Al mismo tiempo se interactuó directamente con el adulto mayor, brindándonos conocimientos nuevos en el ámbito de la tercera edad y su rol en la sociedad.

3.4 Aprendizajes personales

LLUVIA

El PAP me otorgó elementos para poder desarrollar más en temas importantes de la nutrición en esta etapa de la vida y el integrar mis conocimientos con la búsqueda de información y aplicarlos en esta sociedad vulnerable ya que no tenía conocimientos firmes acerca de esta población, el PAP me ayudó a interactuar y poder convivir con esta sociedad,

SINAITH

El poder colaborar en el PAP me ayudó a tener un panorama más amplio acerca de la vida del adulto mayor en todos los aspectos tanto físicos como

emocionales. Pude aplicar mis conocimientos en el área nutricional y pude brindar talleres, información y tips para mejorar y fomentar estilos de vida saludables en esa etapa de la vida. También pude tener un acercamiento más personal en el cual tuve desafíos al inicio, pero a lo largo del proyecto pude ir mejorando, mejoré mi interacción y acercamiento con el adulto mayor.

MARIANA:

Pude conocer diferentes tipos de población según su nivel económico, analice y busque diferentes posibles soluciones según sus capacidades económicas, ya que las mejoras propuestas varían según el nivel económico de la persona y no todas las soluciones o mejoras pueden ser propuestas para el mismo individuo. Además aprendí más sobre el adulto mayor, el papel que juegan en la sociedad y logre tener más conciencia sobre este sector de la población, sus necesidades y el área de trabajo o crecimiento profesional que pueden llegar a suponer para futuros egresados.

¿El PAP qué me dio para conocerme a mí?

o ¿El PAP qué me dio para conocer y reconocer a la sociedad y a los otros?,

¿Cómo me ayudó el PAP para aprender a convivir en

SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS Y RESULTADOS

Capítulo 4

El papel que tiene la alimentación en la memoria

A continuación se presenta el primer capítulo de análisis de resultados; el cual se encuentra dividido en dos bloques: 1) Alimentos que mejoran la memoria, 2) Cantidad y combinaciones de alimentos para mejorar la memoria. Se busca dar respuesta a la pregunta secundaria en relación a ¿Qué prácticas nutricionales abonan a la memoria? y ¿Qué hábitos abonan a la memoria?.

4.2 Alimentos que mejoran la memoria

El taller sobre alimentos que mejoran la memoria en el adulto mayor que se impartió en el centro de día en Bugambillas tuvo éxito, ya que el adulto mayor mostró interés y siempre estuvo atento y participativo. Al inicio eran pocas las personas que estaban situadas frente a nosotras como público espectador, pero conforme fue pasando el tiempo, el adulto mayor que iba pasando tanto hombres como mujeres, les llamaba la atención y se mostraron curiosos por los temas impartidos, por lo cual fueron acercándose más personas a participar en nuestro taller. Al momento de impartir mi tema acerca de alimentos con alto contenido en grasas saludables que mejoran la memoria, se les dió una breve explicación acerca de los alimentos que mejoraban la función cognitiva, sus propiedades, así como también que alimentos no nos brindaban beneficios y/o mantenimiento o mejora de la memoria. Algo que me llamó mucho la atención fue que la mayoría de las personas que participaron, refirieron que alimentos como las almendras y las nueces, si ayudaban a la mejora de la memoria ya que tenían propiedades y nutrientes que ayudaban al cerebro, también comentaron que su doctor les había dicho que recordaran acerca de la figura de estos alimentos y que tenían relación y similitud con la memoria. Ya que tanto las almendras como las nueces tienen en su corteza rugosidades parecidas a las del cerebro. Lo cual concuerda con lo descrito por Elaine Wilkes 2010, “Los pliegues de la nuez tienen similitud a la neocorteza cerebral. Ya que las nueces ayudan a desarrollar docenas de neurotransmisores para el funcionamiento cerebral y son la mejor fuente de

Omega 3, Omega 6 y Omega 9 tan necesarios para el funcionamiento y razonamiento de nuestro cerebro; además de los dos hemisferios, ambos están protegidos por una dura cáscara o el cráneo”. Por otra parte algo que también llamó mucho mi atención fue que a pesar de haberles explicado de manera práctica y mostrarles los alimentos que mejoran la memoria, algunos de ellos tuvo dificultades para recordar cuales eran los que les había dicho anteriormente; lo cual concuerda con lo descrito por ,Francisco Lopera 2014, “En el envejecimiento existe una discreta disminución de la memoria episódica y de la velocidad de reacción del cerebro”.

Las recomendaciones que sugiero para los profesionales en nutrición, es el fomentar una vida saludable en el adulto mayor, a través de talleres concretos, sencillos y dinámicos que ayuden a la población tratada a entender y captar la información que sea útil y que puedan recordar con facilidad, así como también hacer relación con imágenes o ejemplos dinámicos de la vida cotidiana del tema que se esté abordando, para que el adulto mayor pueda retener la información con facilidad y le sea tema de interés para ellos.

4. 3 Cantidad y combinaciones de alimentos para mejorar mi memoria

El taller sobre porciones y sus posibles combinaciones con otros alimentos para mejorar la memoria, fue interesante para el adulto mayor, ya que desde el inicio de la sesión se mostró interés y participación por parte de ellos. A pesar de que la mayoría de los participantes no tenían conocimientos sobre la cantidad de alimento que corresponde a una porción de los distintos grupos de macronutrientes, se mostró interés y a su vez el adulto mayor realizó varias preguntas acerca de los tamaños correspondientes sugeridos a una porción, principalmente de las frutas. Un adulto mayor durante la sesión refirió que es importante saber las cantidades adecuadas de alimento para poder controlar nuestro peso y a su vez mejorar la capacidad cognitiva en esa etapa de la vida. Lo cual concuerda con lo descrito por la FAO 2012 ,“Porción es la cantidad estándar de medida de los alimentos y constituye la cantidad de un alimento que se recomienda consumir”.

En la alimentación no solo es importante consumir productos de calidad y que nos nutran, sino que además el tamaño, la combinación e inclusión de distintos grupos de alimentos así como la cantidad es de suma importancia para evitar la demencia y el aumento de peso.

Uno de los aspectos negativos durante la sesión fue que el adulto mayor suele distraerse y desviarse del tema impartido con facilidad, ya que varios de ellos durante la sesión realizaron preguntas acerca de los beneficios y mitos de ciertos alimentos y no sobre las porciones y sus posibles combinaciones que fue el tema impartido. Lo cual concuerda con lo descrito por López-Pousa S 2003 ,“La atención en el adulto mayor comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y en la medida en que la edad avanza, se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza“.

La recomendación para los profesionales en el área de nutrición, es el impartir información concreta, fácil de entender y también incluir en talleres material tangible, como réplicas de alimentos y/o alimentos reales que puedan tocar,degustar, ya que es lo que más interés se mostró en el adulto mayor y es una manera más práctica y sencilla de captar su atención.

Capítulo 5

Desnutrición y su impacto en la vejez

El siguiente apartado está dedicado a mostrar el segundo bloque de resultados; está dividido en dos: la importancia de una buena nutrición en esta etapa de la vida y la importancia del calcio en el adulto mayor. Buscando dar respuesta a las siguientes preguntas secundarias: ¿Qué prácticas previenen la desnutrición? y ¿Qué tipo de hábitos abonan a la desnutrición?.

5.1 Importancia de una buena nutrición en esta etapa de la vida.

Al iniciar la sesión informativa se tenían pocos conocimientos acerca del consumo elevado de carbohidratos en la dieta es riesgoso para la salud, La OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación(FAO,2003) publicó un informe en el 2003 acerca de que una dieta basada en el bajo consumo de alimentos muy energéticos ricos en grasas saturadas y azúcar y en la ingesta abundante de frutas y hortalizas, así como un modo de vida activo, figuran entre las principales medidas para combatir las enfermedades crónicas este informe se basa en pruebas científicas, así como también algunos estudios sugieren que la capacidad de metabolizar los carbohidratos está disminuida en los ancianos, no existen recomendaciones específicas para esta etapa de la vida por lo que estas son similares a la de los adultos jóvenes, es decir estos macronutrientes debe representar entre el 50% y 60% del aporte calórico diario, parece conveniente incrementar el consumo de hidratos de carbono, puesto que en la mayoría de los casos está disminuido en beneficio de la ingesta de lípidos y proteínas, este aumento debe realizarse a expensas de carbohidratos complejos, presentes mayormente en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas, mientras que los de carbono sencillos deben suponer menos del 10 % de la energía total, si bien no deben mirarse con excesivo recelo, dado que son una fuente de energía útil en personas con poco apetito y favorecen el consumo de otros alimentos, dentro de este 10%

no se incluyen los azúcares sencillos de las frutas, verduras y lácteos, por ser vehículo de vitaminas minerales.

En ocasiones, es necesario restringir el consumo de hidratos de carbono; sin embargo, esto no es deseable del todo, en concreto en ancianos sin problemas de intolerancia a la glucosa como lo es en una patología como la diabetes.

A lo largo de las sesiones se obtuvo información acerca de qué hábitos tenían los adultos mayores para prevenir la desnutrición muchos de ellos mencionaron que ellos consumen muchas verduras para evitar la desnutrición, pero a su vez presentaban pérdida de apetito en los últimos meses, y que muchas veces no realizaban sus comidas y algunas de ellas no consumían de todos los grupos de alimentos por lo que es más complicado cumplir con sus requerimientos diarios de micronutrientes y macronutrientes, los adultos mayores tienen la creencia de que todas las grasas son malas hasta que se les mostró las porciones de las grasas y que tipos de grasas existen.

Es importante que en esta etapa de la vida se tenga mayor control con los adultos mayores, y que se les otorgue mayor información acerca de temas derivados de la nutrición ya que los adultos mayores presentan muchas dudas a partir de lo que se la información compartida en el taller, se deben realizar más estudios en el área de adulto mayor ya que existe muy poca información y trabajos realizados en esta etapa de la vida.

5.2 Importancia del calcio en el adulto mayor.

El taller sobre la importancia del calcio en el adulto mayor que se impartió en el centro de día Bugambillas tuvo gran impacto en el adulto mayor, ya que muchos de ellos no sabían la importancia del calcio así como se pueden prevenir accidentes y fracturas. Los adultos presentaron muchas dudas acerca de qué alimentos pueden consumir que les aporte calcio sin tener que consumir suplemento, se les informó sobre la osteoporosis muchos de ellos no tenían conocimientos acerca de esta patología, así como la densitometría ósea muchos de ellos no sabían que para poder prevenir fracturas hay que chequearse.

Debido a los cambios en la síntesis y metabolismo de la vitamina D que se producen en la vejez, la Recomendación de ingesta diaria para esta vitamina, es demasiado baja para mantener concentraciones adecuadas en suero de la hormona paratiroidea y para garantizar un buen estado óseo (Russell y Suter, 1993).

En la persona anciana es fundamental el mantener un aporte adecuado de calcio y vitamina D para conseguir un equilibrio en el balance mineral óseo, o al menos, evitar un desequilibrio muy acentuado. Cuando la persona anciana es, además, un enfermo de osteoporosis, este aporte adecuado se vuelve una necesidad fundamental (Casals, J et al, 2006).

Capítulo 6

Ergonomía y evitación de accidentes en el hogar

A continuación se presenta el tercer bloque de resultados, este se encuentra subdividido en dos apartados, estos son: Capacidades intrínsecas y su importancia en la vejez y Guía para la prevención de accidentes: suelos y escaleras. Buscando dar respuestas a las siguientes preguntas secundarias : ¿Cuáles son los factores que generan accidentes en el hogar?, ¿Cuáles son las estrategias que suponen la prevención de accidentes en el hogar del AM?

6.1 Capacidades intrínsecas y su importancia en la vejez

Al explicarles a los adultos mayores que eran las capacidades intrínsecas y porqué es importante relacionarlas con la vejez, ninguno de los asistentes estaba familiarizado con este término, a decir verdad no estoy muy segura si entendieron que eran las capacidades intrínsecas, sin embargo creo que entendieron el porqué es necesario conocer los limitantes de nuestro cuerpo y conocer cuáles son las actividades que realizamos con dificultad para así prevenir un accidente, ya que dichas actividades que suponen una dificultad a la hora de ser ejecutadas, son factores que generan accidentes. A lo largo de la sesión los adultos me compartieron algunas caídas que habían experimentado en el pasado, lo que llamó mi atención es que la primera sesión, (Martes 28 de Marzo) tres de los accidentes que fueron compartidos en la sesión fueron causados por problemas asociados a la visión. Estas tres personas no vieron el objeto que les causó el contratiempo y por eso tuvieron una caída. Pude notar que ninguna de estas personas utilizaban lentes, lo cual me hace llegar a la conclusión de que muchos adultos mayores no atienden sus problemas visuales, y es muy importante que conozcamos cuales son las “discapacidades” de nuestro cuerpo, para que tengamos extra precaución en las actividades que involucran específicamente esa capacidad intrínseca, ya que como se mencionó antes, estos son los factores de riesgo.

Según La Organización Mundial de la Salud, (2015), con la edad se producen cambios funcionales complejos en el ojo que dan lugar a la presbicia, una

disminución de la capacidad para enfocar que provoca visión borrosa de cerca y que a menudo se manifiesta en la mediana edad. Otro cambio común asociado con el envejecimiento es el aumento de la opacidad del cristalino, que en última instancia puede dar lugar a cataratas. La edad de inicio, la velocidad de la progresión y el nivel de disminución de la visión varían considerablemente entre los individuos, como reflejo de cada perfil genético y la influencia del entorno. El envejecimiento también está estrechamente asociado con la degeneración macular senil, que provoca daño en la retina y conduce rápidamente a la deficiencia visual grave; es muy frecuente en las personas mayores de 70 años, además de ser una de las principales causas de ceguera en los países de ingresos altos y medios altos.

Estos cambios pueden tener implicaciones importantes para la vida cotidiana de los adultos mayores. Las deficiencias visuales pueden limitar la movilidad, afectar las interacciones interpersonales, desencadenar la depresión, convertirse en un obstáculo para acceder a información y a los medios sociales, aumentar el riesgo de caídas y accidentes y hacer que sea peligroso conducir. Además, dado que las personas mayores desarrollan estrategias para compensar el deterioro sensorial, también puede que se alteren y resultan menos eficaces las formas en que realizan otras tareas cognitivas.

Sin embargo, en general es posible manejar con eficacia estas limitaciones comunes en la capacidad intrínseca. El diagnóstico oportuno y la atención y rehabilitación integral de la vista son muy eficaces para reducir el deterioro. Los cambios en el entorno, tales como mejorar la iluminación y la señalización (por ejemplo, con carteles en alto contraste, con fondos mate y a nivel de los ojos) también pueden ayudar. Las tecnologías de apoyo, como los dispositivos auditivos y los lentes refractivos, también se utilizan mucho y resultan eficaces.

Como arquitectos tenemos que prestar atención a cuáles son las necesidades del adulto mayor, cada persona tiene sus propias limitaciones por lo tanto su espacio construido no puede ser exactamente igual al de otros, si se pretende construir o diseñar para este sector poblacional debemos prestar mayor atención a cuáles son las actividades diarias de estas personas, para así identificar cómo la

arquitectura o la adecuación de espacios suponga el facilitamiento de la realización de sus actividades diarias.

6.2 Guía para la prevención de accidentes: Suelos y Escaleras.

Durante esta sesión se pretendió dar a conocer las situaciones más frecuentes de riesgo de accidente en el hogar, el propósito fue dar a conocer estas situaciones y se utilizó como estrategia presentar una serie de recomendaciones dirigidas al AM para prevenir los posibles accidentes. La estrategia impartida que lleve más a la práctica fue orientarlos a través de una serie de consejos, o mejor llamada “Guía para la prevención de accidentes”, con el fin de prevenir el mayor número de accidentes comúnmente registrados en el hogar del adulto mayor.

En esta sesión revisamos específicamente los factores de riesgo en espacios como escaleras y suelos. Di una serie de factores de riesgo que pueden presentarse en cada espacio; cuando les pregunte a los adultos mayores experiencias similares a las expuestas, entre los dos espacios expuestos, la mayor cantidad de accidentes fueron registrados en escaleras. A la hora de revelar cuáles habían sido los supuestos motivos de estos accidentes, la mayoría coincidían con la serie de prevenciones que había dado anteriormente, como el correcto uso de calzado, las manos desocupadas o al menos una libre y mantener el orden y la limpieza. Por lo tanto creo que el adulto mayor pudo darse cuenta que esta serie de prevenciones puede llegar a ser efectiva a la hora de prevenir accidentes dentro de su hogar.

Según la arquitecta Viviana Sáez (2012) las escaleras son el espacio que genera mayor riesgo en el hogar del adulto mayor, es por eso que ella brinda una serie de consejos para que los Adultos Mayores prevengan accidentes domiciliarios, realizando las siguientes modificaciones:

- Las escaleras con la alzada, o sea la parte que se eleva entre escalón y escalón, cerrada ya que podemos resbalarnos y el pie irse al vacío provocando un accidente, más aún si se usa bastón. Es ideal que sus costados también sean cerrados por el mismo motivo.

- Los escalones y las alzadas de colores contrastantes para diferenciarlos con facilidad.

- Los escalones de material antideslizante o colocar tiras antideslizantes para evitar caídas.
 - No colocar caminos, alfombras o decoraciones en los peldaños. Utilizar las escaleras para subir y bajar, no para ser decoradas, podemos sufrir una caída si se interpone cualquier elemento.
 - Marcar con otro color el primer y último escalón, para notar con facilidad cuando llegamos al otro nivel.
 - Tener escaleras con pasamanos y comprometernos a usarlos.
 - Colocar interruptores de luz al principio y al final de la escalera, así nos aseguramos transitar una escalera iluminada.
- Además, sugiere el hábito de dejar una luz testigo por las noches. Si nos levantamos apurados por distintos motivos, la escalera estará iluminada y nos moveremos con más seguridad.

Como arquitectos tenemos que tomar en cuenta que si el espacio está bien resuelto, limpio y ordenado le ayudará al adulto mayor a reducir los sentimientos de ansiedad, desesperanza e impotencia que le causa su propio deterioro. Un entorno mal resuelto, en cambio, puede enfatizar los problemas y limitantes tanto físicos como psíquicos y no olvidemos que un espacio en dichas condiciones puede atentar contra su propia salud promoviendo la futura apariciones de accidentes.

Reflexiones

El proceso de interacción con el adulto mayor y el trabajo colaborativo realizado durante el proyecto de aplicación profesional, nos ayudó a implementar métodos donde es posible generar propuestas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, desde el enfoque arquitectónico y nutricional, a través del empleo de técnicas donde el público tratado pudo optimizar el proceso de análisis de información impartida de una manera más dinámica, así como también aplicar en la vida diaria aspectos sencillos relacionados a la mejora de la función cognitiva, evitar la desnutrición así como también el mejoramiento y optimización de espacios para mejorar la calidad de vida en esa etapa.

El diseño y elaboración de material didáctico así como el brindar información útil y concisa a este sector de la población, puede ser un factor de motivación e impacto para que el adulto mayor se interese en cuidar y preservar su salud, ya que utilizando modelos tradicionales de enseñanza tales como el impartir información de manera teórica y utilizando términos de investigación científica, no son muy representativos para ellos y por ende el adulto mayor no lo pone en práctica.

Los aprendizajes adquiridos al trabajar con este sector de la población, fueron varios ya que mejoró nuestra perspectiva acerca de la vida del adulto mayor, pudimos realizar con éxito la participación de las personas que asistieron a los talleres, así como también mejoraron nuestras destrezas al momento de interactuar con el adulto mayor, dando como resultado un impacto favorable en su bienestar integral, buscando y aprovechando oportunidades, y que de este modo sea posible el compartir sus habilidades y conocimientos con familiares, amigos y generaciones más jóvenes apropiados a sus intereses y capacidades, y de igual manera poder implementar una cultura a nivel mundial en nuestro entorno de inclusión de este grupo etario formando autonomía, seguridad y un sistema de valores de inclusión del adulto mayor en la sociedad .

Conclusiones

Como resultado de investigación del proyecto, es posible concluir que actualmente existe una gran exclusión del adulto mayor no solo a nivel nacional sino que también a nivel mundial donde participan fines culturales, tradicionales, políticos y económicos en donde se es rechazado socialmente y se ve como un grupo etario que no aporta ni favorece a la sociedad. Actualmente estamos bombardeados por espectaculares, anuncios, comerciales, imágenes en donde se proyecta la conservación de la juventud como algo valioso y que todas las personas deben conservar y tener para poder lograr aceptación en el entorno social.

Es importante hacer énfasis en que a raíz de la exclusión y problemática con el adulto mayor en la sociedad, se han presentado cada vez más enfermedades como demencia, desnutrición, problemas de identidad, psicológicos entre otros, derivando depresión y aislamiento en su entorno, a su vez aceptando limitaciones físicas propias de la edad, es importante hacerle saber al adulto mayor su importancia y rol social en el entorno, así como la participación activa e inclusión en la sociedad para lograr adaptación como uno de los varios recursos posibles para vivir con optimismo esa etapa de la vida otorgando a su vez el protagonismo necesario para lograr un envejecimiento saludable y así mejorar su calidad de vida.

Para finalizar, el proyecto de aplicación profesional “Mejorando mi alimentación, memoria y espacios en la búsqueda de un envejecimiento saludable”, se convierte en un proyecto de investigación para explorar distintas áreas de oportunidad con fines comunes en las carreras de Arquitectura y nutrición. Sin embargo aún quedan muchas áreas por explorar y mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Por lo tanto es un compromiso a nivel profesional, académico y social para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Bibliografía

Alanís,G.,Garza, J.(Diciembre,2006) Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. Gpe. Nuevo León. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081e.pdf>

Camacho, A.(2013). En Jalisco el 9% son adultos mayores. UNIÓN Jalisco. Recuperado de <http://archivo.unionjalisco.mx/articulo/2013/08/28/ciudadanos/guadalajara/en-jalisco-el-9-son-adultos-mayores>

Favela,E.A.,García,J.J.,Lozano, M.(2012)Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor. México,D.F: CENETEC. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf

Frazin,N. (Agosto,2013) Trastornos neurológicos. Bethesda, MD. Recuperado de https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/las_demencias.htm#investigaciones

Herrera, P.(2010). Ergonomía y el Hábitat para la Tercera Edad. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4897726.pdf>

Mejía,S.M.,Jaimes,M.(2007).Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México.Cuernavaca: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

Ramos,C.,Ramo. R.,Sánchez.,N. (2014) Reflexión sobre la inclusión social del adulto mayor. Aguascalientes Recuperado de <http://fch.mxl.uabc.mx/eventos/me5cie/cd/10136.PDF>.

Sáez, V. Vivir en casa siendo Adulto Mayor: Las escaleras. Buenos Aires: Vamos Buenos Aires. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/massimple/novedades/consejos/vivirencasalasescaleras> Salvador Zubirán. Recuperado de www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000006

Shagoury-Hubbard, R y Miller-Power, B. (2000). Pentimento: Estrategias para el análisis de los datos. Shagoury-Hubbard y Miller-Power. El arte de la indagación en el aula. (1 ed., pp. 122-176) Barcelona: Gedisa.

Organización mundial de la salud (OMS).(2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

Villafranco, G.(2016). Vivienda para adultos mayores, ¿un problema a punto de estallar. Forbes México. Recuperado de <http://www.forbes.com.mx/vivienda-para-adultos-mayores-un-problema-a-punto-de-estallar/#gs.RXof3=E>

Anexos

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE



Carta de aceptación del participante

El presente documento es una entrevista realizada por parte de los alumnos del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, con el propósito de obtener información, cuyo objetivo es desarrollar propuestas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Por ello, es necesario conocer acerca de los estilos de vida de las personas adultas mayores, así como de algunos otros factores asociados a su calidad de vida.

Esta es la razón por la que se le hace una cordial invitación para que participe dentro del estudio de manera voluntaria. Recordándole que toda información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo.

Nos interesan sus respuestas, ya que ello permitirá que los resultados sean precisos, para lo cual le damos de antemano nuestro sincero agradecimiento.

Participante
Acepto participar

Nombre y firma

Lugar y fecha

Entrevista Semiestructurada

1. Datos sociodemográficos

Género: _____

Edad: _____ Año de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Religión: _____

Estado civil: _____

Viudo(a): _____ Desde hace cuánto tiempo: _____

Escolaridad: _____ # de años de estudio: _____

Hijos: _____ # mujeres (vivas) _____ # hombres (vivos) _____

¿Ha fallecido alguno de sus hijos? Sí () No ()

¿Quién?, ¿hace cuánto? y ¿de qué?)

¿Trabaja actualmente? Si ____ No ____ ¿En qué?

¿Ha trabajado fuera de casa? Si ____ No ____ ¿En qué?

¿A qué se dedica? _____

¿Con quién vive?

Edad esposo (a) _____ ¿A qué se dedica su esposo (a) _____

¿Cuántos años llevan de vivir juntos? _____

¿Cuántas personas viven en casa?

¿En su casa quien toma las decisiones?

¿Recibe jubilación, pensión o retiro voluntario?: S' () No ()

¿De dónde?

¿Recibe alguna otro apoyo económico?: Si () No ()

¿De quién?

¿Cuánto tiempo tiene viniendo al Centro?: _____

(Si está casada preguntar) ¿También viene su esposa (o) al centro? Si _____ No

¿Cuál fue el motivo por el cual empezó a venir al Centro?

¿Qué actividades le gusta hacer en el Centro?

2. Salud y nutrición

2.1 Salud

Padece de alguna enfermedad?: SI () NO ()

(Nota: En caso de afirmativo, preguntar lo siguiente) ¿Qué enfermedades físicas padece y desde cuándo:

Tipo de enfermedad	¿Desde hace cuánto la padece?	¿Se atiende la enfermedad? (si o no)	¿Dónde se atiende?
1. Artritis, reumatismo u otra enfermedad de los huesos o de las articulaciones			
2. Asma, bronquitis u otros problemas del pulmón			
3. Ceguera o impedimentos severos en la visión			
4. Sordera o impedimentos severos de la audición			
5. Diabetes o azúcar elevada en la sangre			

6. Presión arterial alta o hipertensión			
7. Ataques u otros problemas serios del corazón			
8. Enfermedades de los riñones			
9. Osteoporosis o fragilidad de los huesos			
10. Problemas crónicos del estómago, como úlceras o colitis			
11. Caídas frecuentes			
12. Cáncer o tumor maligno			
13. Embolia			
14. Enfermedad dental			
15. Otros			

¿Toma algún medicamento?: Sí () No ()

¿Cuál y para qué?

2.2 Actividad física

¿Tipo de ejercicio realiza?

¿Dónde prefiere realizar ejercicio?

¿A qué hora del día realizas ejercicio?

¿Hace algún ejercicio fuera del Centro? Si () No ()

¿Dónde? _____

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio? Días

¿Cree que el ejercicio influye en la desnutrición? Si () No ()

¿Porqué? _____

2.3 Alimentación

¿Cuántas veces come al día?

¿Qué comió
ayer? _____

¿Qué ceno
ayer? _____

¿Qué desayuno
hoy? _____

¿Come lo mismo cuando no viene al centro?

¿Comes algo entre comidas? Sí () No ()

¿Qué come? _____ ¿A qué hora? _____

¿Que bebe principalmente en el
día? _____

¿Cuánta agua consume al
día? _____

¿Consumes algún tipo de vitaminas o minerales Si () No ()
(Tribedoce, Centrum, vitamina C, E, D, calcio)

¿Qué tipo de vitaminas?

¿Quién se las recomendó?

¿Cada cuánto las consume?

2.4 Desnutrición (Se retoman elementos de la prueba MNA)

¿ Pérdida de apetito? _____ ¿Por qué?

Consume productos lácteos al menos una vez al día Si () No ()

Consume huevos o frijoles, lentejas 1 o 2 veces a la semana Si () No ()

Consume carne, pescado o aves, diariamente Si () No ()

Consume frutas y verduras, diariamente Si () No ()

¿Se considera una persona bien nutrida ? Sí () No ()

¿Conoce las causas de la desnutrición? Sí () No ()

¿
Cuáles? _____

¿Como se da cuenta que una persona está bien
nutrida? _____

¿Qué alimentos considera importantes para evitar la desnutrición?

¿Cree que una persona con obesidad pueda tener desnutrición? Si () No ()
¿Por qué? _____

Menciona los alimentos que consuma con más frecuencia en una semana(1 es
recurrente al 5 es poco)
(pan, cereal, arroz, tortilla, papa, elote, galletas, etc.)

- 1°
- 2°
- 3°
- 4°
- 5°

¿Qué cosas le gustaría conocer acerca de una alimentación sana?

2.5 Demencia

Para usted, ¿Qué es la memoria?

¿Cómo considera su memoria?, ¿Porqué?

¿Por qué cree que se va perdiendo la memoria?

¿Considera que lo que come, afecta la memoria? Sí () No ()

¿Por
qué?

¿Qué alimentos cree que mejoran la memoria?

¿Qué alimentos cree que perjudican a la memoria?

¿Cómo considera su memoria?, ¿Porqué?

¿Qué cosas le gustaría conocer para mejorar y mantener su memoria?

2.6 Salud física y emocional

¿Con respecto a su salud física o emocional que es lo que más le preocupa de su persona actualmente?

¿Realiza alguna actividad para prevenir eso que mencionó que le preocupa?

Si () No () (pero que aún no los padezca)

¿Actualmente realiza actividades para atender sus problemas de salud física o emocional?

Si () No () (si la respuesta es sí, preguntar)

3 Armonía en tu espacio, armonía en tu vida

3.1 Movilidad y orden en el espacio físico

¿Actualmente su casa es? Propia_____ Rentada_____ Prestada_____
Otra_____

¿Cuánto tiempo tiene de vivir en esa casa? (años)_____

Describe la distribución de la casa donde vives?

¿Consideras que tu casa es cómoda para vivir?

Si _____ No _____ ¿Por qué?

3.3 Ergonomía y prevención de accidentes en el hogar

¿Vive en casa o departamento?_____.

¿De cuantos pisos es su casa? Uno_____Dos_____Tres_____.

En caso de vivir en departamento, en que piso esta ubicado, tiene elevador o no?_____

¿Para entrar a su casa cuántos escalones tiene que subir, dentro de su casa hay escalones?

Si _____ No _____. Cuantos. _____

¿Considera que el piso de su casa es resbaloso? _____

¿En su casa se puede desplazar facilmente? Si _____ No _____. ¿Porque?

¿Tiene alguna dificultad al levantarse y/o sentarse en algún espacio dentro de su hogar? (Baño, silla, sillón, cama)

Si () No ()

¿Para moverse dentro de su casa se apoya en muebles o en muros, o en algun otro objeto? Si _____ No _____. ¿Cuál? _____

Fisicamente ¿que es lo que más se le dificulta realizar dentro de su hogar?

¿Considera importante el tipo de calzado para prevenir accidentes? Si _____ No _____

Mencione _____ un _____ ejemplo _____ del
porqué : _____

¿Qué espacios de su hogar son los que utiliza con más frecuencia? _____

¿Dentro de su casa, cuál es lugar en la que se siente más cómodo? _____

¿En su casa tiene objetos que le estorban? , Si () No ()

¿Cuáles y
porqué? _____

¿Considera que la iluminación de su casa es buena, regular o mala? _____

¿Porque? _____

¿Con cuántas ventanas cuenta dentro de su hogar? _____

Actualmente qué tan satisfecho se siente con su vida _____

¿Algo que quisiera agregar?

GRACIAS POR TU APOYO