



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ABANDONO DE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES DE 60 A 80 AÑOS

AUTORA:

MARIA FABIANA QUAGLIA

Mendoza, Junio 2009

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2
MARCO TEÓRICO	3
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	17
OBJETIVOS	21
DISEÑO METODOLOGICO	22
PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	23
CONSIDERACIONES FINALES	34
RECOMENDACIÓN	36
ANEXOS	38
Anexo I: Encuesta	39
Anexo II: Codificación	40
Anexo III: Matriz de Datos	42
BIBLIOGRAFIA	43

INDICE DE TABLAS y GRAFICOS

TABLA N° I, GRAFICO N° 1: POR EDAD	24
TABLA N° II, GRAFICO N° 2: POR SEXO	25
TABLA N° III, GRAFICO N° 3: POR ESTADO CIVIL	26
TABLA N° IV, GRAFICO N° 4: POR INGRESO	27
TABLA N° V, GRAFICO N° 5: POR ENCARGADO DE CUIDADO	28
TABLA N° VI, GRAFICO N° 6: POR PATOLOGIAS POR LO QUE FUE INTERNADO	29
TABLA N° VII, GRAFICO N° 7 :POR INDICACIÓN DE REHABILITACIÓN	30
TABLA N° VIII, GRAFICO N° 8: POR TIEMPO DE REHABILITACIÓN	31
TABLA N° IX, GRAFICO N° 9: POR MEDIO DE TRASLADO	32
TABLA N° X, GRAFICO N° 10: POR CAUSA DE ABANDONO	33

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar hoy quiero agradecer a nuestros docentes el proporcionarnos las armas necesarias para llevar a cabo este trabajo de investigación, a mis colegas que nos brindaron su colaboración. Departamento de estadística, al Director del hospital El Carmen, al servicio de clínicas A y B, a los familiares de los pacientes que colaboraron para brindar detalles sobre los abandonos de los tratamiento y muy especialmente a mi hijo por acompañarme en cada momento de mi carrera que me ha estimulado en forma continúa para seguir y poder llegar al final y agradezco a Dios por darme la fuerza, porque más allá de la diversidad y del cambio seguimos manteniendo el calor humano y la simplicidad en esta nuestra querida profesión.

INTRODUCCION

Aunque la humanidad siempre ha tenido la aspiración de lograr la inmortalidad, cada generación ha comprendido que la única forma de perdurar es la reproducción. Desarrollarse, envejecer y morir para transformarse, es el ciclo de vida que se repite una y otra vez en la especie viviente con marcada exactitud.

De todas las etapas evolutivas, es la vejez la que más aprehensiones provoca en los seres humanos pues comienzan a perderse, de manera progresiva, diferentes capacidades, tanto intelectuales como físicas, comenzando a ser evidentes a partir de los 60 años.

La Organización Mundial de la Salud define la vejez como el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestos en comparación con períodos anteriores.

Si a la declinación normal de la vida le sumamos una patología que pone en riesgo de acelerar aun más ese deterioro como la diabetes, un accidente cerebro vascular o un infarto de miocardio y/otras patologías, que le produce una minusvalía que requiere una rehabilitación oportuna para conservar funciones del organismo y por distintas causa deben abandonar dicho tratamiento.

En esto versa este estudio en poder determinar los motivos que llevan a las personas de 60 a 80 años a abandonar su rehabilitación, una vez dado de alta del hospital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores influyen en el abandono de tratamiento de rehabilitación y reinserción a la sociedad de los ancianos de 60 a 80 años de edad internados en el hospital El Carmen en el segundo semestre del año 2008?

Antecedentes del problema

En el lugar en que me encuentro trabajando se ve cada día más los ancianos internados solo, sin visitas permanentes de sus familiares, lo que creó mi interés de estudiar estos casos. Luego de indagar con el grupo familiar de los ancianos internados en la institución, resultó que la mayoría de los familiares trabajaban en los horarios de visitas, lo que dificultan la asistencia asidua al hospital.

El paciente se enfrenta a un deterioro progresivo, a una incapacidad física que aumenta diariamente, y por lo tanto, una dependencia cada día mayor de familiares, cuidadores, equipos sanitarios y servicios de urgencias, tanto hospitalario como domiciliaria con múltiples ingresos en centros sanitarios, si no cuenta con una rehabilitación oportuna, especialidad que intervienen en la institución desde el ingreso del paciente, el problema surge al alta ya que se le indica ésta desde el domicilio y un alto porcentaje lo abandonan, y al cabo de un tiempo vuelve a internarse agravada su estado general. Dicha situación en muchas ocasiones lo lleva a la muerte o una dependencia total.

La enfermera es testigo de esta situación, es por lo que se cree necesario conocer los motivos para poder sugerir soluciones-

MARCO TEORICO

Nuestro país responde a una situación de salud típica de países desarrollados, caracterizada por una población que envejece, con un desarrollo de la medicina que permite una expectativa de vida, con supervivencia en enfermedades crónicas.

Junto a la introducción de métodos novedosos de diagnóstico, evaluación funcional, de soporte vital y de múltiples variantes de manejo y tratamiento de las enfermedades en todos sus estadios.

La rehabilitación oportuna, tiene la posibilidad y la responsabilidad de trabajar con el individuo antes de que sea víctima de un proceso crónico, y luego en una etapa posthospitalaria para brindarle seguimiento médico. Este aspecto en el caso de la enfermedad crónica, tiene una importancia capital ya que existen muchos factores en los cuales se pueden realizar acciones preventivas, y hay que realizar una amplia labor de educación de salud. La información al paciente sobre su estado de salud ya no es suficiente. Hay que pasar de la información a la formación del paciente. El paciente debe ser un actor esencial de sus propias terapéuticas, es decir, un cogestor de salud y esta formación se dirige al individuo, hacia un grupo homogéneo de pacientes o hacia la familia.

Los pacientes mayores de 60 años, en salud implica una población con patologías crónicas que en nuestra experiencia cotidiana; ingresan con patología de base con un aumento del deterioro psicoorgánico y el aumento de reingresos en muchas ocasiones los llevan a la muerte, hecho que recae en el ánimo del agente de salud puesto que la función esencial de un enfermero es

trabajar junto con el equipo de salud en la recuperación de la vitalidad de una persona enferma.

En los servicios de patologías agudas, este tipo de pacientes (ancianos) requieren una mayor atención y muchas veces no se le brinda el cuidado adecuado dándole a la familia la responsabilidad del cuidado que a menudo obstaculizan los procesos del tratamiento por falta de entrenamiento.

La dispensación de cuidados adquiere cada vez más importancia dentro del sistema sanitario.

No hay enfermedades exclusivas de la vejez, sí existen ciertas enfermedades y procesos que aparecen de modo prevalente en esta edad y con unas características diferenciales bien definidas. Este lo constituyen la incontinencia, la confusión mental, los deterioros de la homeostasis, las caídas y los trastornos iatrogénicos. Son también la inmovilidad, la inestabilidad, la incontinencia y al deterioro cognitivo y una causalidad múltiple, un curso crónico, una privación de la independencia y una terapéutica compleja. Un simple examen de estos cuadros permite reconocer el hecho básico de que su presentación se hace principalmente en la edad avanzada y que su desarrollo, tratamiento y cuidados son distintos a cuando suceden en otra época de la vida. Como ejemplo tómense tres de ellos: la incontinencia, las caídas y la confusión mental. Cualquiera de ellos pueden ser considerados procesos edad-dependientes, y su prevalencia en la patología geriátrica es muy elevada. La incontinencia, a partir de los 80 años, en la mujer, la padecen una cuarta parte de la población, más en la institucionalizada. Las caídas, de intrincada etiología, donde se añaden a trastornos intrínsecos los del entorno, son el

origen de las fracturas y de la mayor parte de la hospitalización traumatológica junto a los accidentes de automóvil. La confusión mental o delirium es un proceso que acompaña comúnmente a los ancianos cuando se encuentran hospitalizados por cualquier motivo, y condicionan un notable incremento en las medidas terapéuticas y en su cuidado.

Buena parte de los anteriores procesos patológicos tienen la característica de ser crónicos por su patocronia, con una evolución prolongada, con distinto grado de eventos recidivantes. La enfermedad crónica más frecuente en el anciano es la artrosis. Le siguen la hipertensión, la insuficiencia cardiaca, la depresión, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad prostática, el síndrome demencial, la diabetes, la arteriopatía ocliterante, accidentes cerebro vasculares(ACV), entre otras.

Entre los procesos invalidantes, más prevalentes cuanto mayor es la edad del sujeto, hay que destacar a la artrosis, que representa casi la mitad de todos los casos de incapacidad. El síndrome demencial es la siguiente, siendo causa de invalidez en un 40% de los que la padecen. Con bastante menor prevalencia se encuentran las hemiplejias, las insuficiencias cardíacas y respiratorias severas, las arteriopatías ocliterantes y las amputaciones, la depresión y la obesidad.

La terapéutica en los ancianos

La terapéutica de la enfermedad presenta tres vertientes, sea cualquiera la edad que se considere. Son la curativa, la preventiva y la rehabilitadora. De ellas, en la ancianidad, la preventiva y la rehabilitadora tienen una gran importancia. La terapia en la vejez ha de ser integral, es decir, ha de extenderse por el defecto orgánico que ha establecido el proceso patológico, por la afectación cognitiva y anímica que se ha desarrollado, por el deterioro

funcional que les sigue y por el entorno que está condicionándola. La intervención terapéutica ha de tener presente estos cuatro factores si quiere obtener éxito. A la pluripatología y la multicausalidad actuantes en la enfermedad de los mayores hay que sumarle el hecho significativo de la enfermedad considerada como situación, y de la participación de los cuatro planos característicos de la multidimensionalidad de la vejez: orgánico, psicocognitivo, funcional y social.

La terapéutica curativa se ha de establecer en dos círculos: el médico y el quirúrgico. El médico se basará principalmente en la terapia medicamentosa. El quirúrgico en las intervenciones, bien de cirugía general, bien de cirugía traumatológica. La indicación de la intervención en los mayores ha de ajustarse a unos criterios, que deben ser precedidos de una correcta evaluación clínica y nunca rígida. El desarrollo de las técnicas quirúrgicas y de anestesia han contribuido a ampliar las indicaciones de la cirugía en la vejez. El caso de algún país europeo que limita considerablemente la atención quirúrgica dependiendo de la edad, los hábitos tóxicos o los días por anualidad de estancia hospitalaria, es un extremo que sonroja. La determinación de operar ha de basarse en hechos clínicos que están relacionados con la enfermedad y otros en dependencia del paciente. Los factores que han de regir la decisión de practicar una intervención quirúrgica y que se concretan en el riesgo quirúrgico son: la edad, la enfermedad origen de la indicación, la situación previa de salud, en especial el estado funcional cardiocirculatorio, respiratorio, renal y cognitivo y la posibilidad de recuperación. Procesos como las fracturas de cadera, el abdomen agudo y los cánceres son un evidente ejemplo del beneficio quirúrgico en esta edad.

Prepararse para una vejez satisfactoria donde se pueda vivir el mayor tiempo posible con autonomía y disfrutando de la edad, lleva aparejado un sana alimentación, una actividad física adecuada a cada circunstancia, un entretenimiento y distracción útiles, un control de patologías de riesgo y una corrección de hábitos nocivos, como el fumar o el abuso del alcohol. Todas ellas son medidas generales de promoción de salud que han de ser recomendadas siempre.

Unos factores de riesgo están impresos en procesos patológicos que se padecen. Este es el caso de la hipertensión, las dislipemias, los síndromes de inestabilidad, la diabetes, el deterioro cognitivo, la depresión, la osteoporosis. etc. Otros son actitudes y hábitos del individuo, como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el tabaco o el alcohol. Por último, hay factores que son sociales o pertenecen al entorno. Estos son la pobreza, la mala vivienda, la escasa calidad de los cuidados de salud, etc. La actuación ante estos factores tenderá a evitar la aparición de procesos cardiovasculares, caídas, incapacidades. El control medicamentoso de algunos procesos como la hipertensión, la hipercolesterinemia, la diabetes o la osteoporosis ha de ir acompañado de medidas higiénicas alimentarias, de actividad o de reducción del uso del tabaco. La intervención sobre el entorno es más compleja y precisa de planificaciones socio sanitarias.

Cuando se juntan sobre un individuo varios factores de riesgo, se habla de situación de fragilidad. Este anciano de alto riesgo o anciano frágil es de mucha edad casi siempre, vive solo, ha sufrido viudedad o se ha cambiado recientemente de domicilio, presenta una patología crónica que requiere abundantes cuidados o un proceso incapacitante, ha tenido una hospitalización

reciente o reiterada, ha sufrido caídas repetidas, padece alguna forma de deterioro cognitivo, una polimedicación y sale muy poco de casa o de la residencia. Estos ancianos con fragilidad necesitan ser incluidos en un programa de seguimiento que redunde en una frecuente valoración de su estado, una terapia adecuada y unas medidas sociales de apoyo, como la ayuda a domicilio.

La medicina rehabilitadora ha sido uno de los pilares de la atención gerontológica de los últimos años. Para mantener el objetivo primordial de la Geriatría que es procurar que la persona mayor pueda vivir con salud, con autonomía y allí donde quiera hacerlo, la medicina rehabilitadora tratará de recuperar al máximo los defectos funcionales que haya acarreado un proceso patológico. Esta se consta, principalmente, de fisioterapia y de terapia ocupacional. Retrasar o evitar la aparición o el desarrollo de cuadros incapacitantes es la función primordial de esta terapia. Los principales cuadros que van a ser objeto de Rehabilitación son las artrosis, la recuperación de las fracturas, las hemiplejías y otros defectos de origen neurológico, la enfermedad de Parkinson y el síndrome demencial. Una buena rehabilitación geriátrica debe llevarse a cabo en unidades específicas dentro del ámbito asistencial gerontológico. Se practica preferentemente en Hospitales o Centros de Día y en las Residencias, pero empieza a ser aplicada con éxito en el medio domiciliario. Y siempre, como cimiento instrumental, la actividad física y cognitiva reglada.

El gran desarrollo de la medicina incide en la disminución de la mortalidad con el consiguiente aumento demográfico, prolongando la ancianidad, no de la calidad de vida, que ponen al anciano en situación de vulnerabilidad, entendida

como la situación del senescente, de sufrir situaciones de riesgo, que pueden llevar sumadas a un daño social; y de ello se derivan una serie de problemas sociales y económicos a los que aún no se ha podido dar respuesta satisfactoria, como el abandono de tratamiento que le permitiría no perder su independencia.

Se entiende por abandono de tratamiento, la acción y el efecto de dejar o perder continuidad del proceso de recuperación de una dolencia o patología.

Tercera edad y sociedad:

En una sociedad donde la rentabilidad y la eficiencia tienden sólo a beneficiar a los productores y consumidores, los ancianos quedan en situación de marginalidad, ya que no producen y no tienen medios económicos. La convivencia de los ancianos con la sociedad no anciana, en otras palabras, la integración de ellos con la sociedad, la adaptación a una nueva familia (pareja e hijos), al nuevo ambiente urbano e industrializado (departamento de uno o dos ambientes) no adaptado a las necesidades del geronte, al que no le interesan las fuerzas no competitivas y productivas y que ha invertido de tal forma los valores que obligan a los gerontes a ser abandonados o excluidos de ésta. El mundo moderno con todas sus características, tecnificación, urbanización, individualismo, competencia, etc. conduce inevitablemente a la desintegración de la familia.

Reduce a la familia a la unidad biológica de los esposos y sus inmediatos descendientes. La estrechez de las viviendas, las necesidades de confort, limitaciones de los ingresos, la no satisfacción adecuada de las necesidades básicas, impiden a la familia organizarse a la vida actual, la competencia y la

eficacia como valores supremos... todo, en suma, tiende a eliminar al anciano del seno familiar.

Las represiones que padece la familia y que le vienen impuestas desde el exterior hacen nacer y agrandar los conflictos entre generaciones.

Hace una década hubiera chocado hablar de la no convivencia en el mismo hogar de padres ancianos e hijos casados, pero hoy en día ya constituye un hecho cada vez más aceptado por ambas partes, puesto que cada cual quiere vivir su propia vida con total independencia.

Esta nueva realidad denominada proceso de liberación y autonomía, es sinónimo de egoísmo y enfrentamientos familiares.

En razón de los cambiantes estilos de vida y otros factores no es posible dar una definición que abarque todos los conceptos de familia. Sin embargo, es inevitable e indispensable señalar el concepto de familia como grupo primario que presta apoyo emocional, social y psicológico.

Entendiéndose por continencia familiar la total asistencia por parte de la familia, no tanto del el punto de vista económico, sino principalmente desde lo afectivo.

Seguridad social del anciano:

El anciano, además de ser abandonado por la sociedad y la familia, el estado, a través de sus políticas sociales de focalización, prioriza otras edades etarias, siendo el anciano nuevamente relegado. Por parte de la seguridad, social el ente que debería garantizar la seguridad económica de éste, sufre en las pensiones y jubilaciones, un deterioro, convirtiéndose en magros ingresos para este sector.

Existe un alto porcentaje de la población de mayores de 65 años sin ningún tipo de ingresos. Por ende, sin ningún tipo de cobertura médica.

Pobreza de los ancianos:

Está presente en ellos en proporciones escandalosas. Aunque la pobreza es un término sociocultural difícilmente objetivable, se puede decir que vejez y pobreza, son términos equivalentes.

La escasez de dinero afecta directamente la vida del anciano en sus problemas y actitudes. La pobreza condena al abandono. La falta de recursos significa la dependencia de los demás, de su familia, de una institución, y en muchos casos, significa la inseguridad total y permanente, convirtiéndose en una carga para los demás. La enfermedad agudiza sensiblemente esta dependencia, que lo transforma en una doble dependencia.

La incapacidad física y monetaria lleva a una carga para la familia o el estado.

Nuestra sociedad condena a la mayoría de los ancianos a la pobreza o a la dependencia, como ocurre con los niños abandonados, con los delincuentes, con los disminuidos y con todos los improductivos sin porvenir.

Si el anciano se transforma en un incapaz físico, se transforma en una carga o peso muerto para la sociedad. Es el triste final, en el que nuestro sistema social nos tiene reservado, a los agotados, tras años de trabajo e incapaces de producir más beneficios al entorno, una exclusión de los circuitos normales y mantenidos (aislados o no) a un nivel de consumo mínimo, desviados sociales, cargas o pesos sociales para la sociedad... Esto es la vejez y esto representan los ancianos para nuestra sociedad.

La declinación física de la persona de edad, los cambios de las estructuras familiares, sociales y económicas, llevan a la dependencia de los senescentes, también contribuyen a colocar a éstos en una posición marginal en la sociedad. Los senescentes están perdiendo su posición social y su papel, esta situación requiere atención y ayuda especial por parte de la familia, el grupo de parentesco, la comunidad, las instituciones de beneficencia y las instituciones gubernamentales. Esta atención y asistencia debería atender la interdependencia y asegurar la participación de las personas de edad con el alcance más amplio posible.

Los servicios de bienestar social deberían estar basados en la comunidad y han de propiciar servicios productivos, reparadores y de desarrollo de aptitudes para los senescentes en todos los aspectos de su bienestar.

Factores determinantes en el proceso salud – enfermedad en la tercera edad.

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida; por lo tanto las prestaciones de servicios a esta población han ido concibiendo nuevos criterios de asistencia, ya que se incluyen el contexto social como factor determinante en las condiciones de vida del anciano, tales como la alimentación, ingresos adecuados, vida familiar o comunitaria; situación hoy agravada por los factores socioeconómicos que vive toda la población en general y especialmente esta población vulnerable. Factores como: situación socio-ambiental inadecuada, pobreza, hacinamiento, servicios sanitarios deficientes, atentan contra la calidad de vida del anciano.

Calidad de vida:

Equilibrio biosicosocial y espiritual del hombre con su medio ambiente. Partiendo de esta visión holística del hombre, la profesión de enfermería desde su paradigma alternativo, ve necesario conocer el entorno que condiciona al anciano para luego poder establecer estrategias de intervención adecuadas.

La atención al paciente geriátrico, requiere por parte del equipo de salud el conocimiento de todos los factores que influyen en el proceso de salud – enfermedad. Es por ello que en el presente estudio de investigación, el conocimiento de las variables que ponen al senescente en situación de riesgo, de ser abandonados en esos lugares, permitiría poder desarrollar acciones que tiendan a la promoción y prevención de esta situación.

El envejecimiento es un proceso natural; irreversible y universal, y forma parte del ciclo vital del ser humano, la ciencia casi no se interesó en el tema, hasta que a principios de siglo, la expectativa de vida empezó a crecer notablemente.

Así nació la gerontología, ciencia dedicada a la investigación de los procesos del envejecimiento, y la geriatría, rama de la medicina que se ocupa de los pacientes ancianos.

Enfermería y tercera edad

Múltiples evidencias científicas, así como la experiencia profesional demuestran que la hospitalización supone para el anciano, independientemente de la causa del ingreso, un factor de riesgo, hasta el punto de que la OMS incluyó en su definición de factores de riesgo en 1974 “el período inmediato posterior al alta hospitalaria”. Desde el punto de vista geriátrico el riesgo se

entiende como la probabilidad que tienen los ancianos de ser incapaces de enfrentarse a las necesidades vitales.

En el hospital, los ancianos se encuentran en un entorno extraño y amenazante, se ven sometidos a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre ellos la administración de fármacos como analgésicos y sedantes, a un mayor reposo que limita la capacidad de movimiento e incluso puede llegar a generar inmovilidad y supresión sensorial, con la consiguiente dependencia, pérdida total o parcial de la autonomía, alteraciones cognitivas, depresión y trastornos nutricionales.

Así mismo, la hospitalización facilita la aparición de complicaciones, sin relación con la enfermedad base, como el aumento del riesgo de úlceras por presión, vinculado con el estado de la piel y de la nutrición, la facilidad para las caídas, con unas consecuencias físicas, psíquicas y socioeconómicas que las hacen ser una de las principales causas de morbimortalidad en los ancianos. Otros problemas que pueden presentarse son neumonías u otras infecciones, incontinencia fecal y/o urinaria, tromboembolismo, que aumentan el deterioro psicofuncional del anciano.

Como consecuencia se puede producir una disminución en la calidad de vida del anciano, con aumento de la duración de las estancias hospitalarias, incrementando los costos, y con un aumento de las tasas de mortalidad. En ocasiones, las alteraciones derivadas de la hospitalización exigen una atención en el domicilio del anciano que previamente no necesitaba e, incluso, la situación generada puede llevar al ingreso de la persona mayor en un centro residencial

Sin embargo, en un hospital de agudos no se suelen tener en cuenta las características propias de la edad, ya que las enfermeras que allí trabajan, en la mayoría de los casos, no tienen una preparación geriátrica específica. Al mismo tiempo se está viendo que la proporción de enfermos ancianos que ocupan camas hospitalarias es cada vez mayor, de ahí la importancia de una valoración integral que, sin sustituir la historia clínica habitual, determine los riesgos de deterioro funcional y de aparición de complicaciones para poder planificar cuidados específicos para la población anciana hospitalizada que minimicen o prevengan los principales problemas que puedan presentarse. Así mismo se considera de gran importancia aplicar cuidados de educación, al anciano y acompañante, durante la hospitalización para fomentar el autocuidado durante el ingreso y al alta.

La Enfermería gerontológica es un servicio de salud, que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquellos especializados sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno condiciones que permitan:

- Aumentar conductas saludables.
- Minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad.
- Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte.
- Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez.

El enfermero, tiene la posibilidad de desarrollar su ejercicio profesional en una amplia variedad de escenarios, razón por la cual su campo de acción se extiende a través de diferentes modelos de servicios, desde la comunidad hasta las instituciones de más alta complejidad tecnológica.

El profesional de enfermería gerontológica desarrolla uno o más de los siguientes roles:

- Educación, cuidados o asistencia directa; asesoría, planificación y coordinación de servicios.

Para desarrollar estos roles con eficiencia el profesional de enfermería, debe tener una capacitación para atender esta población. Es por ello que como integrante del equipo interdisciplinario es esencial, tener una visión integral del hombre (anciano) para que la prestación garantice la calidad de atención.

Definición conceptual y Operacional de las Variables:

Características socio-económicas del anciano: particularidades del anciano de 60 a 80 años internado en el Hospital El Carmén en el segundo semestre del 2008.

a) Edad: Tiempo en que una persona ha vivido, desde que nació. Cada uno de los periodos en los que se considera dividida la vida.

b) Sexo: Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

c) Estado civil: condición de social de una persona en relación con los derechos, obligaciones civiles.

soltera, haya contraído matrimonio, viva en pareja, o sea viuda.

e) Ingresos : monto que percibe el anciano por jubilación o pensión contributiva, teniendo en cuenta que el Hospital es un efector de la obra social de los empleados públicos de la provincia.

f) Encargado de cuidar al anciano: persona responsable del cuidado físico y emocional del viejo;

Abandono de tratamiento: la acción y el efecto de dejar o perder continuidad del proceso de recuperación de una dolencia o patología

a) Patología: afección más relevantes que padece el paciente que motiva la internación, en el tiempo en que se realiza el estudio.

b) indicación de rehabilitación: indicación del médico tratante de rehabilitación integral desde el domicilio..

c) tiempo que se le indica rehabilitación: cantidad de meses que debe realizar rehabilitación.

d) Medio de traslado: vehiculo en que se traslada del domicilio al centro de rehabilitación.

d) causas de abandono: distintos motivos que lo lleva al paciente a abandonar el tratamiento, por no contar con movilidad, no tener suficiente ingresos económicos para poder afrontar el tratamiento, porque fue internado nuevamente, y no tener persona que lo acompañe a realizar rehabilitación

Operacionalización de las variables

Edad: variable intervalar, para diferenciar en grupos los años.

60 a 70 años

71 a 80 años

Sexo: variable nominal, se utilizada en la investigación para diferenciar:

Masculino

Femenino

Estado civil: variable nominal, para diferenciar las distintas condiciones sociales del anciano

Casado

Soltero

Viudo

Divorciado

Ingresos: variable cuantitativa, expresado en cifras numéricas los montos:

> 1000

< 1000

Encargado del anciano: variable nominal

Familiar

Cuidador

Familiar y cuidador

Ninguno

Patología: variable nominal para designar las distintas afecciones

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

ACV: Accidente Cerebro Vascular

DBI: Diabetes

Otras

Rehabilitación al alta: variable nominal, dicotómica:

SI

NO

Tiempo indicado de rehabilitación: variable cuantitativa

3 meses

+ de 6 meses

Medio de traslado: variable nominal

Vehículo particular

Ambulancia

Causas de abandono: variable nominal

Traslado (movilidad para ir a rehabilitación)

Recursos escasos (recursos económicos suficientes para hacer frente a los costos de la rehabilitación)

Internación (hospitalizado nuevamente)

No tener acompañante (persona que lo acompañe a realizar la rehabilitación)

Objetivos

General:

Determinar los factores por los cuales abandonan el tratamiento de rehabilitación los pacientes mayores de 60 años, del Hospital Del Carmen.

Específico:

- 1- Identificar las características personales de los ancianos que abandonaron tratamiento de rehabilitación.
- 2 – Identificar los niveles de contención del anciano

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

- a- Cuantitativo porque se estudia el fenómeno dado en un grupo determinado y cuantifica la magnitud del problema.
- b- Descriptivo: porque se refleja a través de datos como las variables en estudio se manifiestan en la realidad.

Área de estudio: Hospital El Carmen, Godoy Cruz, Mendoza

Universo: todos los pacientes el hospital El Carmen, que estuvieron internados en el hospital durante el primer semestre del 2008.

Muestra: no aleatoria e intencional; los pacientes internados en clínica médica A y B, durante el primer semestre del 2008, que abandonaron tratamiento de rehabilitación, un total de 21 pacientes mayores de 60 años. La información se obtuvo del Centro de Rehabilitación del hospital.

Técnicas e instrumento de recolección de datos

Entrevista personal: personas encargado del cuidado del anciano)

Encuesta estructurada_con preguntas cerradas a la persona encargada del anciano internado.

Recursos humanos y materiales: a cargo del investigador.

Plan de procesamiento, presentación y análisis de datos:

- Ordenar y tabular en una matriz de datos y tablas simples y de doble entrada con frecuencia absoluta y porcentual
- Representar en gráficos
- Analizar la información, tal como se manifiesta

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

TABLA N° I

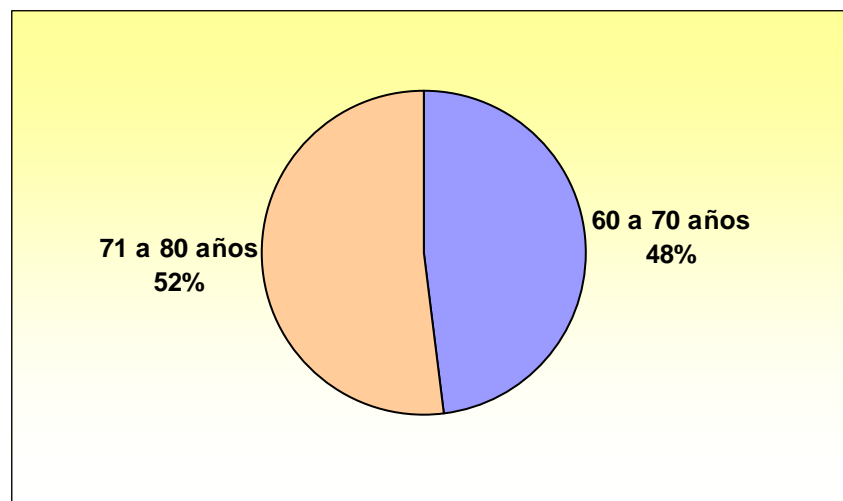
Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR EDAD, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.

EDAD	PACIENTES	
	F.A.	F.R.
60 a 70 años	10	48%
71 a 80 años	11	52%
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 1

Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR EDAD, en el Hospital del Carmén, durante el segundo semestre del 2008.



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario. Los datos nos muestran que el 52% de los pacientes internados y que son derivados a rehabilitación tienen de 71 a 80 años y el resto 60 a 70 años, franjas de edades que se incluyen en la tercera edad

TABLA N° II

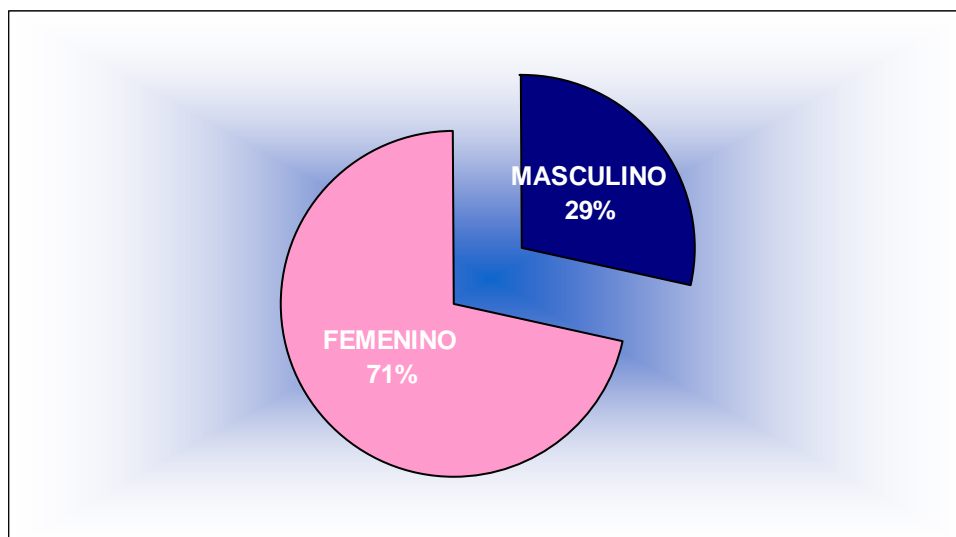
Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR SEXO, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.

SEXO	PACIENTES	
	F.A.	F.R.
MASCULINO	6	29%
FEMENINO	15	71%
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 2

Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR SEXO, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: como puede observarse en el periodo de estudio, el sexo femenino es el más relevante ya que representan el 71% del total de la población. Los datos responde a las característica poblacional de esta edad donde las mujeres son mas que los varones.

TABLA N° III

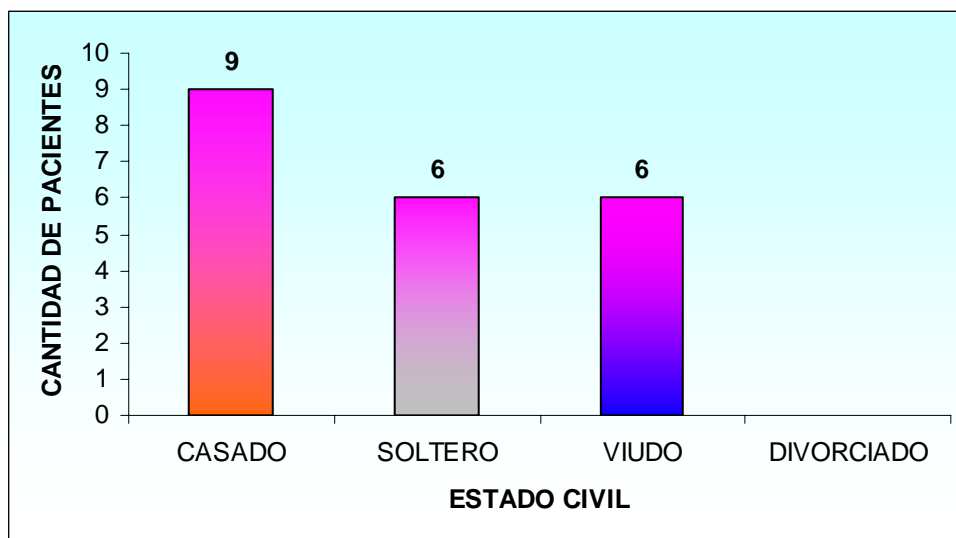
Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR ESTADO CIVIL, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

ESTADO CIVIL	PACIENTES	
	F. A.	F.R.
CASADO	9	42%
SOLTERO	6	29%
VIUDO	6	29%
DIVORCIADO		
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 3

Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR ESTADO CIVIL, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: dentro de los ancianos internados los casados son los más representativos con un 42%., luego los solteros con un 29% y los divorciados con igual porcentaje estos últimos son los más vulnerables ya que no cuentan con una pareja que pueda dedicarle atención.

TABLA N° IV

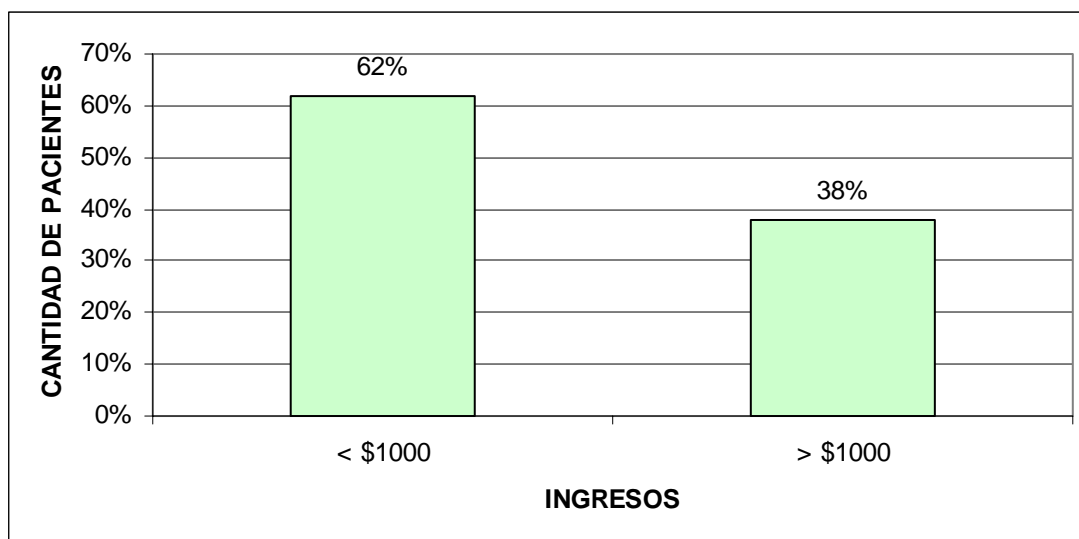
Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR INGRESOS, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

INGRESOS	PACIENTES	
	F. A.	F. R.
< \$1000	13	62%
> \$1000	8	38%
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 4

Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR INGRESOS, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: los datos nos indican que el 62% de los ancianos internados tienen un ingreso menor de 1000\$, que escasamente cubre las necesidades básicas, de alimentación, razón por lo que no pueden destinar para gastos extras.

TABLA N° V

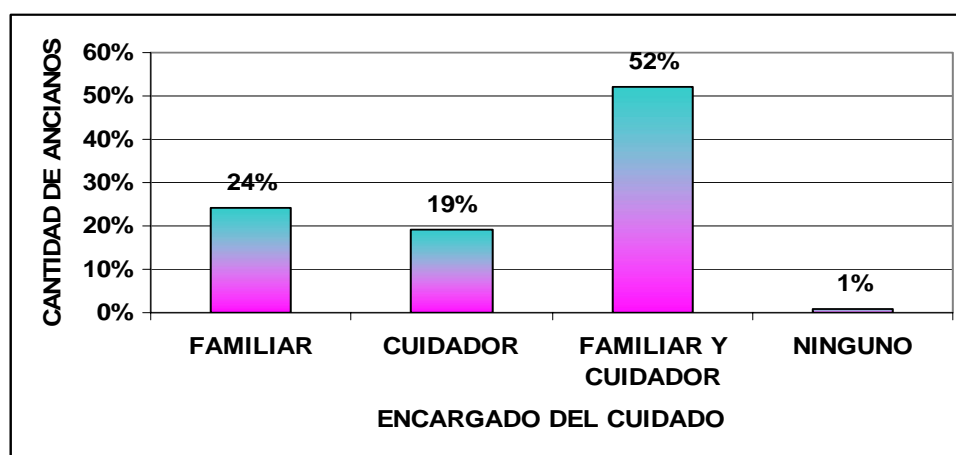
Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR ENCARGADO DEL CUIDADOS, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.

ENCARGADO DE CUIDADOS	PACIENTES	
	F. A.	F.R.
FAMILIAR	5	24%
CUIDADOR	4	19%
FAMILIAR Y CUIDADOR	11	52%
NINGUNO	1	1%
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 5

Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR ENCARGADO DEL CUIDADOS, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: en el análisis de la persona encargada del cuidado del anciano, se puede observar que tienen mayor porcentaje el ítem familiar y cuidador (52%) un porcentaje importante 24% la cuida algún familiar y otros 19% tienen cuidadores y solo un 1% no tienen a nadie. Los responden a las características ya enunciada en el marco teórico donde la familia en la vida moderna, no le presta atención personal al geronte por lo que recurre al servicio de una persona ajena para el cuidado del enfermo.

TABLA N° VI

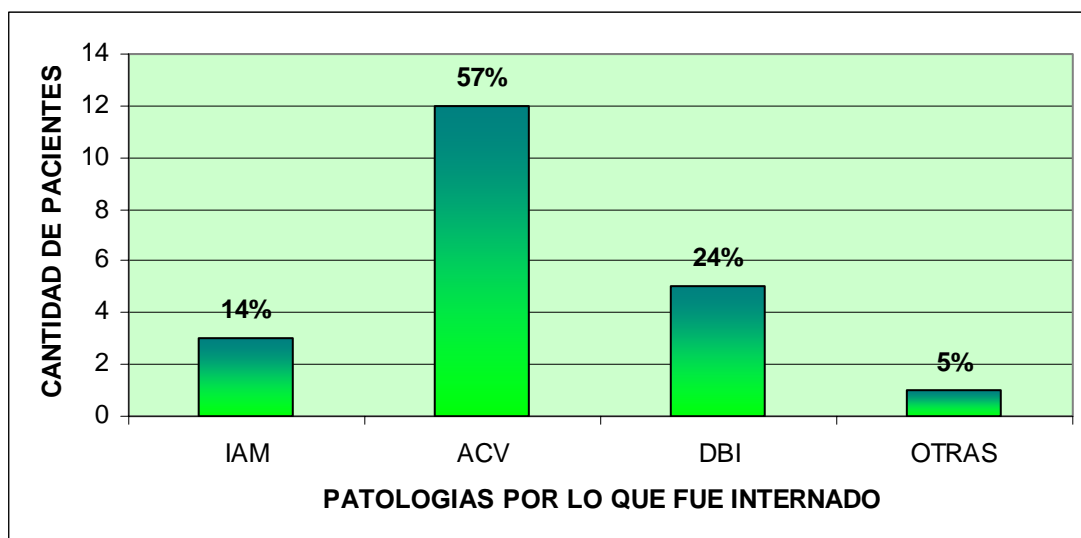
Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación PATOLOGIA POR LO QUE FUE INTERNADO, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.

PATOLOGIA	PACIENTES	
	F. A.	F.R.
IAM	3	14%
ACV	12	57%
DBI	5	24%
OTRAS	1	5%
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 6

Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación PATOLOGIA POR LO QUE FUE INTERNADO, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: las patologías más relevantes que motivaron la internación en el tiempo de estudio, fueron el ACV (Accidente Cerebro Vascular) un 57%, con el 24% DBI (Diabetes) y un 14% IAM (Infarto Agudo de Miocardio) Y 5% otras patología EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

TABLA N° VII

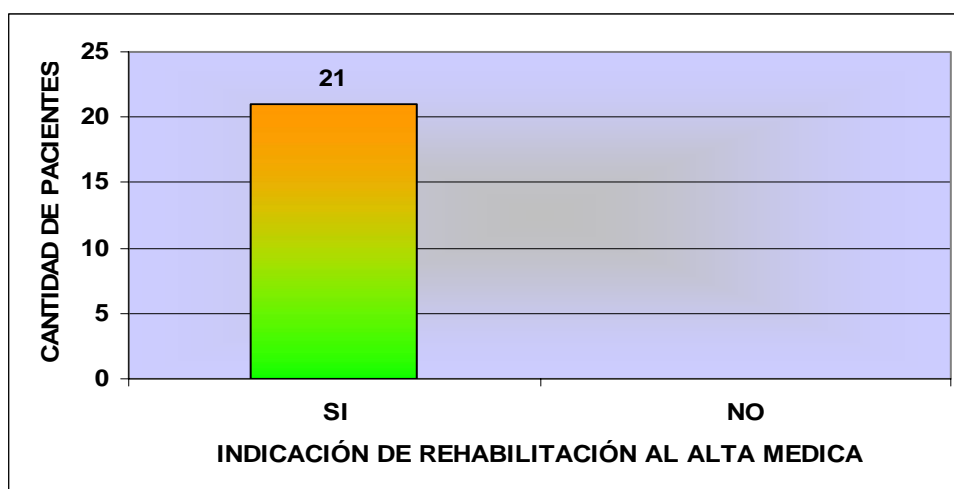
Pacientes de 60 a 80 años internados, POR INDICACIÓN DE REHABILITACIÓN AL ALTA MÉDICA, en el Hospital del Carmén, durante el segundo semestre del 2008.

REHABILITACIÓN AL ALTA MEDICA	PACIENTES	
	F. A.	F.R.
SI	21	100%
NO	---	----
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 7

Pacientes de 60 a 80 años internados POR INDICACIÓN DE REHABILITACIÓN AL ALTA MÉDICA, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: al 100% de los pacientes internados se les indicó rehabilitación, lo que puede advertirse la importancia de la rehabilitación en los servicio de clínica A y B del Hospital.

La medicina rehabilitadora ha sido uno de los pilares de la atención gerontológica de los últimos años. Tiende a recuperar al máximo los defectos funcionales que hayan quedado por las secuelas de la afección sufrida.

.TABLA N° VIII

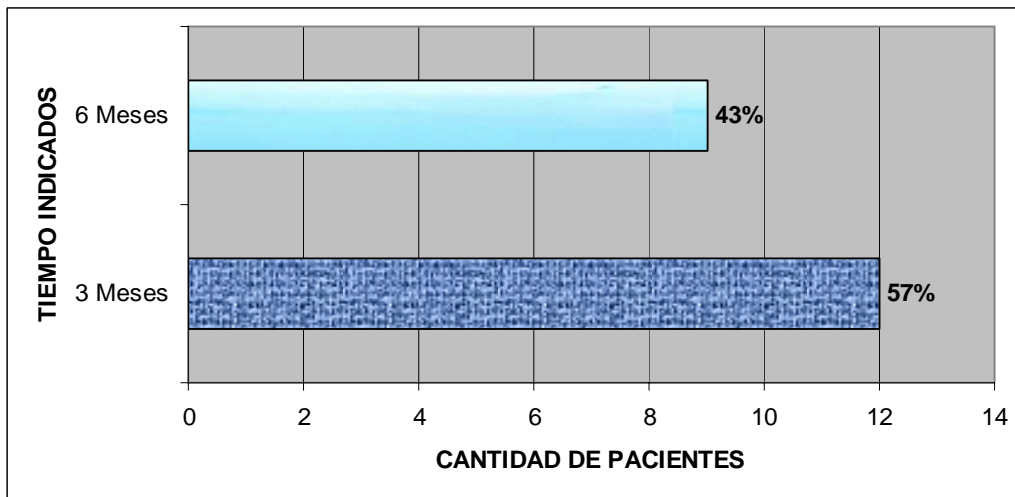
Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR TIEMPO QUE SE INDICA REHABILITACIÓN, en el Hospital del Carmén, durante el segundo semestre del 2008.

TIEMPO INDICADO	PACIENTES	
	F. A.	F. R.
3 Meses	12	57%
+ de 6 Meses	9	43%
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 8

Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR TIEMPO QUE SE INDICA REHABILITACIÓN, en el Hospital del Carmén, durante el segundo semestre del 2008.



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: más del 50% de los pacientes se le indico tres meses de rehabilitación como mínimo y el resto más de 6 meses. Como ya se expresó los profesionales, de los servicios en estudio, consideran a la rehabilitación como parte del tratamiento al paciente.

TABLA N° IX

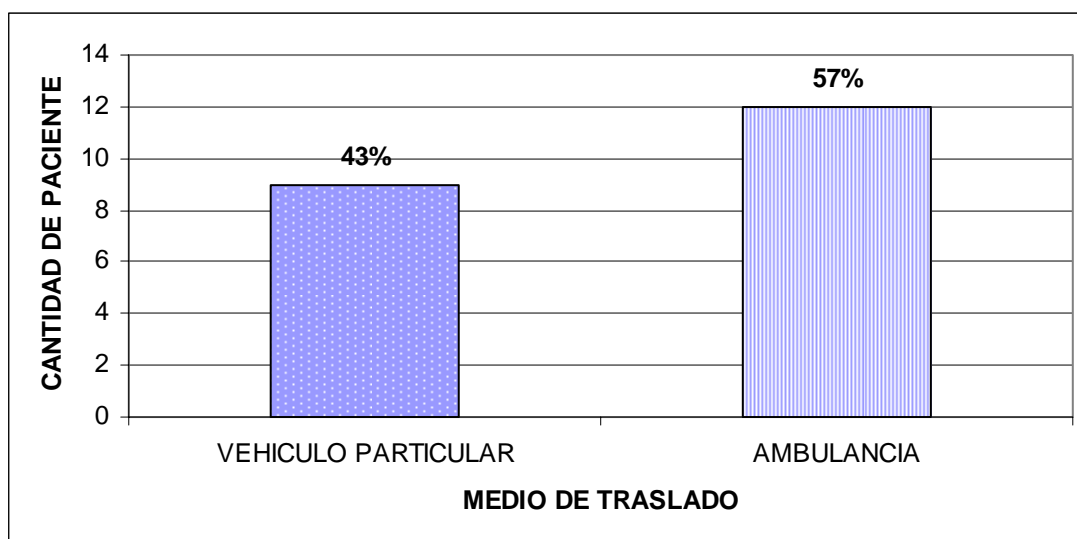
Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR MEDIO DE TRASLADO A REHABILITACIÓN, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.

MEDIO TRASLADO	PACIENTES	
	F. A.	F.R.
VEHICULO PARTICULAR	9	43%
AMBULANCIA	12	57%
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 9

Pacientes de 60 a 80 años internados que abandonaron tratamiento de rehabilitación POR MEDIO DE TRASLADO A REHABILITACIÓN, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: un alto porcentaje de la población en estudio 57% debe ser trasladada en ambulancia por su patología, lo que implica costos extras para el familiar o al propio paciente,

TABLA N° X

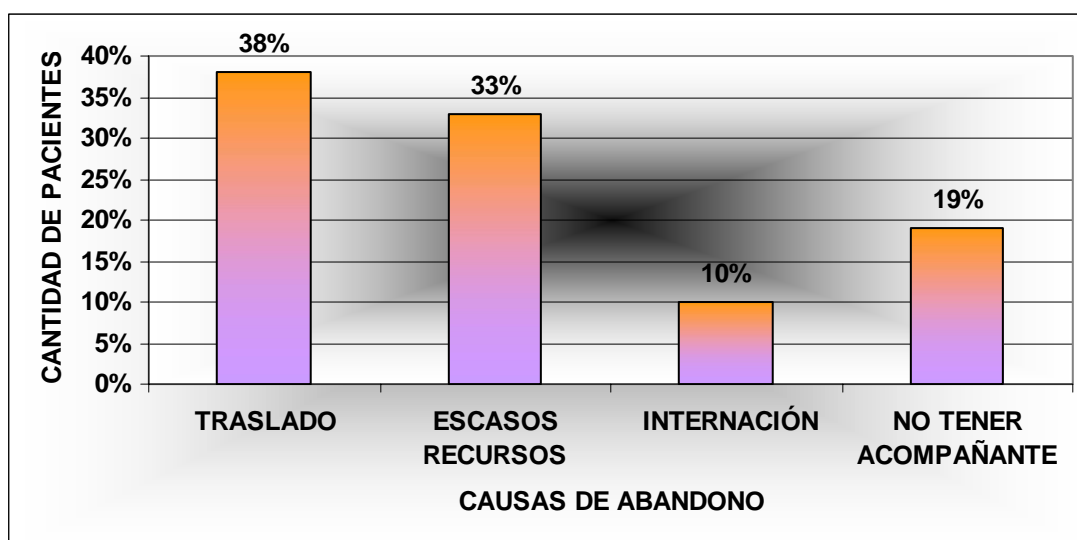
Pacientes de 60 a 80 años internados POR CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.

CAUSA DE ABANDONO TRATAMIENTO	PACIENTES	
	F. A.	F.R.
TRASLADO	8	38%
RECURSOS ESCASOS	7	33%
INTERNACIÓN	2	10%
NO TENER ACOMPAÑANTE	4	19%
TOTAL	21	100%

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

GRAFICO N° 10

Pacientes de 60 a 80 años internados POR CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008.



FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

Comentario: como puede constatarse las causas principales de abandono de tratamiento es básica por no contar con los medios para el traslado o por no tener un vehiculo apropiado para el traslado, y además no tener dinero para hacer frente a los gastos que derivan de la rehabilitación.

COMENTARIO FINAL

Al realizar el análisis de los datos para poder encontrar una respuesta a porque los pacientes de 60 a 80 años abandonaron su tratamiento de rehabilitación, durante el segundo semestre del 2008; se llega a la conclusión que:

- ◆ Que los pacientes de 71 a 80% son los más afectados, en un 71% son mujeres, el 42% son casados, teniendo porcentajes similares los viudos y los solteros con el 29%. Cuentan con ingresos paupérrimos, que no alcanzan a cubrir la canasta básica. La mayoría el 52% tienen familiar y cuidador quienes le brindan los cuidados necesarios.

- ◆ Que las patologías más relevantes son el ACV, DBI e IAM, todas ellas son enfermedades que si no cuenta con una buena rehabilitación, educación del paciente, llevan a convertirlos en personas dependientes con secuelas crónicas, por ello es que es tan importante una rehabilitación oportuna, que tienda a disminuir los efectos ocasionados por la dolencia, lo que conlleva que los médicos en el 100% de los casos hayan indicado rehabilitación y con periodos que no son menos de tres meses

- ◆ Los efectos ocasionados en los pacientes hace que el 57% deban ser trasladados en ambulancia a realizar rehabilitación,

situación que implica para el familiar o al mismo paciente un costo adicional

- ◆ Los datos obtenidos nos dan el indicio de las posibles causas de abandono de tratamiento, confirmadas en la última tabla que indica que las principales causas son: la falta de traslado y el factor económico ya deben contar con dinero extras para cubrir los costos derivados del tratamiento.

La información obtenida ha permitido dar respuesta a la pregunta de investigación, dado que se ha logrado conocer las causas de abandono de tratamiento, como así también alcanzar los objetivos, general como particulares.

RECOMENDACIONES

Al contar con conocimiento sobre las causas que llevó a los sujetos de estudio, abandonar su tratamiento de rehabilitación, es que nos planteamos como parte del equipo de salud que atiende a estos pacientes, que en las horas críticas al ingreso y que con sus intervenciones posibilitan que se recuperen, significando costo en recursos humano, financiero para la institución como para el familiar cuidador que suele pasar días en el hospital, representando días de pérdida laboral, cansancio, etc.

Es que nos preguntamos ¿Como desde enfermería poder contribuir para que el paciente realice su rehabilitación?

Se cree conveniente realizar desde el ingreso y durante el tiempo de internación:

- ◆ Educar al cuidador sobre la importancia de rehabilitación.
- ◆ Trabajar en coordinación con los demás miembros del equipo de salud de manera de poder arbitrar los medios para que al alta el paciente pueda iniciar su rehabilitación.
- ◆ Realizar una tarea de concientización con el paciente y/o familiar de manera de que comprendan la importancia de realizar la rehabilitación y los beneficios que ello significa.
- ◆ Realizar reuniones con las demás enfermeras del servicio de manera de socializar los datos obtenidos y poder tener un lenguaje en común con estos tipos de casos.

- ◆ Promover a través del comité de docencia del hospital cursos de gerontología para los enfermos de manera de contar con recursos humano capacitado sobre el tema.

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuestas

1- ¿Qué edad tiene?

60 a 70 año _____ 71 a 80 años _____

2- ¿Sexo?

Femenino _____ Masculino _____

3- ¿Estado civil?

Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____

4- ¿Ingresos?

+ 1000 _____ -1000 _____

5- ¿Quién cuida al paciente?

Familiares _____ Cuidador _____ Familiar y Cuidador _____ Ninguno _____

6- ¿Por qué patología fue internado?

ACV _____ IAM _____ DBI _____

7- ¿Le indicaron rehabilitación al alta médica?

Si _____ No _____

8- ¿Por qué tiempo le indicaron rehabilitación?

3 MESES _____ +DE 6 MESES

9 -¿En qué se traslada para el tratamiento de la rehabilitación?

Vehículo particular _____ Traslado de ambulancia _____

10- ¿Causa de abandono de tratamiento de rehabilitación?

Traslado _____ Recursos Escasos _____ Internación _____ no tener acompañante _____

Anexo II: CODIFICACIÓN DE VARIABLES

1-Edad:

- a) 60 a 70 años
- b) 71 a 80 años

2-Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3- Estado civil:

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Viudo
- d) Divorciado

4- Ingresos:

> 1000

< 1000

5- Encargado del anciano:

- a) Familiar
- b) Cuidador
- c) Familiar y cuidador
- d) Ninguno

6- Patología:

- a) IAM: Infarto Agudo de Miocardio
- b) ACV: Accidente Cerebro Vascular
- c) DBI: Diabetes
- d) Otras

7- Rehabilitación al alta:

SI

NO

8- Tiempo indicado de rehabilitación: variable cuantitativa

- a) 3 meses
- b) + de 6 meses

9-Medio de traslado:

- a) Vehiculo particular
- b) Ambulancia

10- Causas de abandono:

- a) Traslado
- b) Recursos escasos
- c) Internación
- d) No tener acompañante

Anexo III: Matriz de datos

U.A.	1		2		3				4		5				6				7		8		9		10			
	a	b	a	b	a	b	c	d	a	b	a	b	c	d	a	b	c	d	si	no	a	b	a	b	a	b	c	d
1	1		1		1				1		1			1				1			1	1			1			
2	1		1		1				1		1						1	1			1		1				1	
3	1		1			1			1			1			1			1			1		1					1
4		1		1	1					1			1			1			1		1		1					1
5	1			1		1			1			1			1	1		1			1		1				1	
6	1		1		1					1			1			1		1			1		1				1	
7	1		1		1					1			1			1		1				1	1					1
8	1		1		1				1			1				1		1			1			1			1	
9		1	1			1			1				1			1		1				1	1			1		
10		1		1			1			1			1		1			1			1		1			1		
11		1	1				1			1			1			1		1				1	1			1		
12	1		1			1			1				1			1			1			1		1			1	
13		1	1				1			1				1			1		1			1		1	1			
14		1	1			1			1				1			1		1			1		1				1	
15		1		1			1		1				1		1			1				1	1			1		
16		1	1				1			1			1			1		1			1		1				1	
17		1	1			1			1			1				1		1				1	1			1		
18		1		1			1		1		1					1		1			1		1				1	
19		1	1		1				1		1					1		1				1	1					1
20	1			1	1					1	1					1		1				1	1			1		
21	1		1		1				1				1			1		1				1		1			1	
t	10	11	15	6	9	6	6		13	8	5	4	11	1	3	12	5	1	21		12	9	19	2	8	7	2	4

FUENTE de elaboración propia a pacientes internados de 60 a 80 años que abandonaron tratamiento, en el Hospital del Carmen, durante el segundo semestre del 2008

BIBLIOGRAFIA

1. **BENITEZ MARIA DEL ROSARIO**. Atención de Salud en el Paciente Anciano, Editorial Eudeba. Buenos Aires. 2004. pág.1602-1604
2. **PONTS GEIT PILAR**: Tercera Edad y salud. Séptima edición, editorial IBH, España.2006
3. **DOUGLAS G. SMITH**. Informe especial: Salud en la tercera edad Rehabilitación y Tecnología. Revista inMotion. Volumen 15 • Número 6 • Noviembre/Diciembre 2005.
4. **BAZTAN JJ, GONZÁLEZ-MONTALVO JI, SOLANO JJ, HORNILLO M**. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clin 2000; 115: 704-17.
5. **FORMIGA F, MAIQUES JM, SALAZAR A, MASCARÓ J, NOVELLI A, RIVERA A** et al. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una Unidad de Corta Estancia. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 34: 331-5.
6. **GUTIÉRREZ J, DOMÍNGUEZ V, SOLANO JJ**. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de la incidencia y factores de riesgo asociados. Rev Clin Esp 1999; 199: 418-23.
7. **ANÓNIMO**. Capacidad funcional de pacientes nonagenarios después de un ingreso hospitalario. Generación inoxidable 2001; 12: 15-6.
8. **SELVA A, SAN JOSÉ A, SOLANS A, VILLADERLL M**. Características diferenciales de la enfermedad en el anciano. Fragilidad. Medicine 1999; 124: 5789-96.

9. **GOÑI L.** El reposo en cama como factor de riesgo que provoca una disminución en la funcionalidad en ancianos hospitalizados. Gerokomos 1997; 21: 112-8.
10. **RUIZ T, MUÑOZ FJ.** La calidad asistencial: una necesidad para prevenir la pérdida de autonomía en pacientes geriátricos. Gerokomos 1996; VII (16): 23-8
11. **ACEITÓN A, NAVARRO E, MORENO V, LÓPEZ T, RODRÍGUEZ A.** Las caídas y sus consecuencias en las personas mayores. Metas de Enfermería 1999; II (19): 10-4.
12. rehabilitaciongarcia.blogspot.com/2007/08/personas-de-la-tercera-edad
13. **BAROJA, G..** El problema del envejecimiento. Akal ediciones. Madrid. 1998.
14. **HAYFLICK, L.; BARCIA, D.;MIQUEL, J..** Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. Ed. Ala. Madrid. 1990.
15. **STAAB, A. S.; HODGES, L. C..** Enfermería gerontológica. McGRAW-HILL. México. 1998.
16. **SALGADO, A.; GUILLEN, F..** Manual de geriatría. Salvat. Barcelona. 1992.
17. **GUILLEN, F. PÉREZ DEL MOLINO, J..** Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Masson. Barcelona. 1994.
18. **REIG, A.; RIBERA, D. (EDS.).** Perspectivas en gerontología y salud. Valencia: Promolibro.
19. **VEGA, J. L.; BUENO, B..** Desarrollo adulto y envejecimiento. Madrid: Síntesis psicológica.