



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OPTENCION DE TITULO DE
LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA**

TEMA

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO
GERONTOLOGICO DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DE LA PROVINCIA DE LOS
RIOS. DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2019.**

AUTORES

**PABLO ARIEL DIAZ VASCONEZ
SULMA YARISAMAR SABANDO BARCIA**

TUTOR

Dr. FRANCISCO ALEJANDO VILLACRES FERNANDEZ

BABAHOYO – LOS RIOS- ECUADOR

2019

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TEMA	VII
Resumen.....	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPITULO I.	1
1. PROBLEMA.....	1
1.1 Marco Contextual.....	1
1.2 Situación Problemática	5
1.3 Planteamiento del Problema.....	6
1.4 Delimitación de la Investigación.....	7
1.5 Justificación	7
1.6 Objetivos.....	8
1.6.2 Objetivos Específicos	9
CAPITULO II	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Marco teórico	10
2.2 Hipótesis.....	40
2.3 Variables.....	41
CAPITULO III.	44
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1 Método de investigación	44
3.2 Modalidad de investigación.....	44
3.3 Tipo de Investigación	44
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información.....	45
3.5 Población y Muestra de Investigación.....	45
3.6 Cronograma del Proyecto	46
3.7. Recursos.....	47
3.8. Plan de tabulación y análisis.....	47
CAPITULO IV.....	49

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	49
4.1. Resultados obtenidos de la investigación	49
4.2. Análisis e interpretación de datos	68
4.3. Conclusiones	71
4.4. Recomendaciones	72
CAPITULO V.....	73
5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN.....	73
5.1. Título de la Propuesta de Aplicación.....	73
5.2. Antecedentes.....	73
5.3. Justificación	74
5.4. Objetivos.....	75
5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación	76
5.6. Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	81
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
BIBLIOGRAFIA	
ANEXO	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1. Estado de depresión del adulto mayor.....	49
Grafico 2. Estado del IMC	50
Grafico 3. Estado de la presión arterial	50
Grafico 4. Diferencia de edades entre 80 años	51
Grafico 5. Estado de hipertensión arterial	51
Grafico 6. <i>Estado de la diabetes en el adulto mayor</i>	52
Grafico 7. Estado de discapacidad en el adulto mayor	52
Grafico 8. Cambios biofisiológicos en la adolescencia	53
Grafico 9. Discapacidad de órganos sensoriales	53
Grafico 10. Patrón cardiovascular nivel de afectación.....	54
Grafico 11. Patrón nervioso grado de afectación	54
Grafico 12. Patrón actividad ejercicio nivel de afectación	55
Grafico 13. Patrón sueño descanso nivel de afectación.....	55
Grafico 14. PERIMETRO CINTURA HOMBRES.....	56
Grafico 15. PERIMETRO CINTURA MUJERES.....	56
Grafico 16. Saturación de oxígeno	57
Grafico 17. <i>Estado de depresión</i>	57
Grafico 18. Estado del IMC	58
Grafico 19. Presión arterial.....	58
Grafico 20. Estado respiratorio.....	59
Grafico 21. Estado muscular	59
Grafico 22. Estado de sueño o descanso.....	60
Grafico 23. Perímetro de cintura	60
Grafico 24. Perímetro de cintura mujeres.....	61
Grafico 25. Saturación de oxígeno	61
Grafico 26. Estado de depresión, antes y después	62
Grafico 27. IMC, antes y después	62
Grafico 28. Presión arterial, antes y después.....	63
Grafico 29. Estado respiratorio, antes y después.....	63
Grafico 30. Estado muscular, antes y después	64
Grafico 31. Estado de sueño, antes y después	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Un grupo de investigadores de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo Cuba sugieren los siguientes cuidados de enfermería en el adulto mayor. (Sanchez, Mendoza, & Naun, 2018).....	10
Tabla 2. Artículos de la constitución de la República del Ecuador referentes a personas adultas mayores.	13
Tabla 3. La política pública (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2012) para las personas adultas mayores se desarrolla sobre la base de tres ejes:	20
Tabla 4. <i>Relación entre el estado del sueño y la edad</i>	65
Tabla 5. <i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas. Estado de sueño para edad.</i>	65
Tabla 6. <i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas. IMC antes y después.</i>	66
Tabla 7. <i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas. P/A, antes y después.</i>	66
Tabla 8. <i>Prueba t para medias de dos muestras emparejadas. Depresión antes y después.</i>	67

DEDICATORIA

El actual trabajo de investigación dedico en primer lugar a Dios, quien fue y es mi principal motivación, en la lucha por hacer del mundo un lugar en el cual las personas puedan vivir de una forma feliz.

Dedico esta tesis a mi madre, quien siempre me motivo a tomar las mejores decisiones, las mismas que me permitieron llegar hasta aquí. A mi padre que es un ejemplo constante de perseverancia, templanza, paciencia. A mis hermanas que son un motivo más de amor que me impulsa hacia la superación personal cada día. Y a todas las personas que de una u otra forma me apoyaron.

Pablo Díaz Vasconez

En la vida siempre hay que ser agradecido y pensar que no solo es vivir el momento, sino también pensar que hay un futuro y todo lo que das recibes, por tal motivo nuestro proyecto está dedicado a todos los adultos mayores que son unas de las personal más bellas, porque vuelven a ser niños y como tal necesitan de toda nuestra atención y cuidados, también lo dedico a mi amado compañero de vida mi esposo Moasir Pinto quien siempre ha estado pendiente de mis estudios y dispuesto a apoyarme y tenerme mucha paciencia en cada uno de los procesos académicos al igual que mis padres, abuelitos, suegra, y tías, también a mi amada y recién nacida hija Ailyn Antonella quien es el pilar fundamental y el motor de mi vida.

A mis compañeros de aula que con discusiones, risas, disgustos, y unión pasamos cada semestre también mis queridos docentes que con sus consejos y buenas enseñanzas hemos llegado a esta gran etapa y como también agradecerle a mi compañero Pablo Díaz que es una persona muy responsable, seria y dedicada.

Sulma Yarisamar Sabando Barcia

AGRADECIMIENTO

Elevo mi más grande agradecimiento a mi Padre Celestial su hijo Jesucristo y al Espíritu Santo quienes siempre estuvieron presentes en cada momento de mi vida, permitiéndome encontrar el camino hacia el éxito y la felicidad.

Agradezco a nuestro tutor el Dr. Francisco Alejandro Villacres Fernandez, por su gran aporte en este trabajo de investigación, puesto que sin él no hubiera sido posible la realización de este proyecto. A mis padres y hermanas por su infinito apoyo que incondicionalmente siempre estuvieron dispuestos a ofrecer, quienes a través de sus consejos, apoyo emocional y económico dieran lugar a mis éxitos personales.

Pablo Diaz Vasconez

Este proyecto de investigación no se hubiese podido empezar y culminar, primero por la gracia de Dios quien nos colma de vida y salud diariamente, a la ayuda y colaboración de mi compañero Pablo Díaz por la entrega y dedicación a este proyecto, a mis padres por el apoyo y confianza, especialmente a mi esposo por la ayuda incondicional en todo momento, la colaboración de la Dra. Anahí Infante encargada del centro gerontológico con quien realizábamos las visitas a los adultos, a todo el personal que trabaja las 24 horas con los adultos en el centro gerontológico por su colaboración y disponibilidad, a nuestro tutor el Dr. Francisco Villacres quien estuvo siempre dispuesto a ayudarnos y a guiarnos con este proyecto, a la Lcda. Marilú Hinojosa que siempre nos ayudaba con cualquier duda en cualquier momento.

También al centro de salud materno infantil “Barrio Lindo”, al Centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo que en conjunto con el Ministerio de Inclusión Económica y Social que nos autorizaron el ingreso a la institución, y a cada uno de los docentes de esta facultad que semestre a semestre nos compartieron sus conocimientos y experiencias de su vida profesional.

Sulma Yarisamar Sabando Barcia

TEMA

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DE LA PROVINCIA DE LOS RIOS. DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2019.

Resumen

Sin duda la más grande aspiración para todas las personas es tener la mejor calidad de vida en todas las etapas del ciclo vital, en especial cuando alcanzan su último estadio, el más solemne. En la ciudad de Babahoyo, podemos encontrar un Centro Gerontológico al que acuden 69 adultos mayores, a quienes se aplicaron cuidados de enfermería.

Todo el estudio tiene el objetivo de aplicar los apropiados cuidados de enfermería que mejoran la calidad de vida del adulto mayor del Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. En el periodo de tiempo de mayo a septiembre del 2019.

Los investigadores aplicaron el método hipotético – deductivo, porque para crear la hipótesis general y específicas los investigadores hicieron uso de la observación como técnica de investigación, y con esto hacer comparaciones con la experiencia de la aplicación del proyecto, partiendo de hechos generales comprobados a otros específicos. De esta forma dar origen a nuevos conocimientos científicos.

Al finalizar el estudio, los cuidados de enfermería siguiendo el modelo de los parámetros de Virginia Henderson y el modelo de valoración de Marjory Gordon, permitieron mejorar la condición de salud de los adultos mayores del centro gerontológico.

Concluyendo que los apropiados cuidados de enfermería son una premisa en la recuperación, mantenimiento, y control de la salud del adulto mayor. Mejorando la calidad de vida y por consecuencia permitirles finalizar sus días de una forma feliz.

Palabras claves: Cuidados de enfermería, calidad de vida, enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

Without doubt, the greatest aspiration for all people is to have the best quality of life at all stages of the life cycle, especially when they reach their last stage, the most solemn. In the city of Babahoyo, we can find a Gerontological Center attended by 69 older adults, to whom nursing care was applied.

The entire study aims to apply nursing care that improves the quality of life of the elderly in the Gerontological Center of the city of Babahoyo in the province of Los Ríos. In the period from May to September 2019.

The researchers apply the hypothetical - deductive method, because to create the general and specific hypothesis the researchers made use of the observation as a research technique, and with this make comparisons with the experience of the application of the project, based on proven general facts to others. specific. In this way give rise to new scientific knowledge.

At the end of the study, nursing care following the model of the parameters of Virginia Henderson and the evaluation model of Marjory Gordon, allowed to improve the health condition of the elderly in the gerontological center.

Concluding that nursing care is a premise in the recovery, maintenance and control of the health of the elderly. Improving the quality of life and consequently allow them to end their days in a happy way.

Keywords: Nursing care, quality of life, chronic noncommunicable diseases.

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor es uno de los grupos que el estado propone y reconoce como uno de los más vulnerables debido a sus múltiples limitaciones tanto físicas como en algunos casos también las mentales. Al llegar a esta edad, el cuerpo sufre un sin número de cambios los cuales dan origen a la aparición de enfermedades degenerativas y crónicas que afectan sobre todo a su calidad de vida, por esta razón pierden la autosuficiencia llevándolos en efecto a depender de un cuidador que en pocas ocasiones están en la capacidad de satisfacer sus necesidades de forma eficaz.

Cuando tratamos temas de estilos de vida ideales, la autosuficiencia es uno de los pilares fundamentales que lleva a todo ser humano a sentirse realizado. Los cuidados de enfermería en el adulto mayor son esenciales, en cualquiera de sus etapas, para lograr precisamente eso, una verdadera calidad de vida. Existen normas y protocolos bien establecidos, pero que son muy generalizados.

En el Ecuador y a nivel local existen centros de atención geriátrica que tratan de reducir los efectos de esa realidad que cada día es más evidente, es digno de reconocer esos esfuerzos pero no son suficientes si el objetivo es llevar la calidad de vida a un nivel más alto. La problemática actual puede ser aplacada de forma eficaz si desde la primera etapa del adulto mayor se llevara a efecto un programa de atención de enfermería orientado al autocuidado y así lograr una autosuficiencia que reduzca considerablemente el número de pacientes geriátricos y del mismo modo mejorar la calidad de vida.

El mundo entero debe prepararse para hacer frente a una realidad que cada día es más evidente, el adulto mayor al igual que todas las personas tiene derechos que deben ser respetados. Con el desarrollar de este proyecto, estudiantes y profesionales de cualquier parte del mundo podrán acceder a los resultados y aplicarlos a fin de garantizar los derechos de este grupo, y así dar forma a nuestro propio futuro.

CAPITULO I.

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.1 Contexto Internacional

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más. La ampliación de la esperanza de vida brinda una oportunidad importante no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

El Gobierno de la Revolución Ciudadana implementa políticas públicas basadas en la defensa de los Derechos y en el reconocimiento al valor de la población adulta mayor, cuya participación aumentará progresivamente. En el año 2020 será del 7,4%. Para el año 2054 se prevé que representen el 18% de la población. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres. (Ministerio de Inclusion Econimica y Social, 2015)

La realidad a nivel mundial es bastante abrumadora cuándo tomamos en cuenta datos estadísticos recogidos desde cada país en particular. “Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%” (Organizacion Mundial De La Salud , 2018). Considerando estos datos, el futuro al que nos enfrentamos es uno en el que la cantidad de población joven disminuirá y que de población adulta ira en aumento.

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

Las estimaciones que se plantean a nivel internacional que resultan del contraste entre cifras, aclaran y permiten visualizar a futuro, como las poblaciones humanas según los ciclos de vida se invierten. “Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años” (Organización Mundial De La Salud , 2018). Todo esto supone que para el siguiente año, las instituciones rectoras de la salud deben hacer frente a esta realidad, y adaptarse a fin de garantizar la salud del adulto mayor.

Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. (Organización Mundial De La Salud , 2018)

También aumenta rápidamente la pauta de envejecimiento de la población en todo el mundo. Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de población mayor de 60 años. Sin embargo, países como el Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años. (Organización Mundial De La Salud , 2018)

Una suposición que va en contra de las ideas equivocadas, generalmente negativas, asociadas con el envejecimiento es que las personas mayores de hoy en día gozan de mejor estado de salud que sus padres o abuelos. Esto se resume en la expresión “los 70 son los nuevos 60”. Aunque a primera vista puede parecer positivo, este supuesto, en definitiva, no lo es. Si las personas de 70 años de edad del presente tienen la misma salud que las de 60 en el pasado, podría concluirse que las de 70 de hoy en día están en mejores condiciones de valerse por sí mismas, por lo que no habría tanta necesidad de tomar medidas políticas para ayudarlas. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

La proporción de personas mayores de países de altos ingresos que necesitan ayuda para realizar actividades básicas, es posible que haya disminuido en los últimos años, pero la prevalencia de las limitaciones es la misma (Organización Mundial de la Salud, 2017). Estos datos solo reflejan la realidad de la población adulta mayor en países desarrollados, lo más probable es que en países en vías

de desarrollo o pobres, la cantidad de personas con limitaciones físicas sea mayor al de los desarrollados.

Las personas de edad que viven en países de ingresos bajos y medianos soportan una carga de morbilidad más elevada que las que viven en países ricos. Con independencia del lugar donde viven, las principales causas de muerte en los ancianos son las cardiopatías, el accidente cerebrovascular, y las neuropatías crónicas. En cuanto a las causas de discapacidad, son fundamentalmente el deterioro sensorial, el dolor en el cuello y espalda, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia y la artrosis. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

1.1.2 Contexto Nacional

En el Ecuador se llevó a efecto un cambio profundo sobre la forma en que se administra la salud en especial en los grupos vulnerables. El envejecimiento de la población mundial, es un fenómeno que marcará el siglo XXI. A escala global, cada segundo 2 personas cumplen 60 años y al momento existen 810 millones de personas en el mundo mayores de esa edad. En nuestro país existen: 1.049.824 personas mayores de 65 años (6,5% de la población total). (Ministerio de Inclusion Econimica y Social, 2015)

En el 2007 el Ministerio de Salud Pública promulgó las Políticas de Salud al incorporar al modelo como una de ellas, centrado en la familia, la comunidad con enfoque intercultural, de género, intergeneracional y territorial basado en los principios de la Atención Primaria de Salud, que permitió hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución vigente. (Alvarez Yanez, Pasmiño Figueroa, Villalobos, & Villacis, 2010)

En la actualidad este programa (MODELO DE ATENCION INTEGRAL, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCLTURAL) se aplica pero no es suficiente, pero "Con la aplicación del modelo se pretende que la asistencia sea continua, progresiva y equitativa a las personas adultas mayores independientes y autónomas, así como en episodios agudos, el seguimiento en la rehabilitación para

prevenir complicaciones que le pueden llevar a la dependencia” (Alvarez Yanez, Pasmíño Figueroa, Villalobos, & Villacis, 2010).

La esperanza de vida al nacer cambió de 57,4 años de vida en el quinquenio 1965 – 1970, a 75 años en el quinquenio 2005 – 2010, que permite que la personas vivan más años, y por consiguiente más personas lleguen a más viejas (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 18).

Otra de las situaciones que pone en desventaja la implementación de este programa es que “El 40% de las personas adultas mayores reside en las áreas rurales, situación que es desventajosa al limitar el acceso a los servicios básicos incluidos los de salud” (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 23).

1.1.3 Contexto Regional

En el Ecuador la población del adulto mayor no cambia mucho entre regiones, estos valores se mantienen en un promedio de 5.9% por región. Para la región costa la cifra en relación al promedio es más elevado, llegando a ser del 6.7% del total de la población general (CEPAL, 2001). Todo esto aclara el contexto situacional en el que se encuentran los adultos mayores, y lo importante de hacer algo para mitigar los problemas que afectan a su calidad de vida.

La situación demográfica en consecuencia a la migración internacional, tenemos que la población de adultos mayores provenientes del exterior del país es de 3% del total de la población general (INEC, 2018). Este se convierte en otro número que hace referencia a un grupo que día va en aumento, al cual debemos prestar especial atención.

1.1.4 Contexto Local y/o Institucional

La ciudad de Babahoyo capital de la provincia de Los Ríos, tiene parroquias urbanas y rurales que nos despliega un sin número de problemas, al llevar a efecto los cuidados de la salud del adulto mayor, debido a la situación geográfica, económica, y social en la que están inmersos.

En la capital Riosense se encuentra ubicado un Centro de Integración de Adultos Mayores, (CENTRO GERONTOLOGICO) en el que se trata de satisfacer las necesidades del adulto mayor que por sí solos no pueden. A pesar de todos los programas y estrategias nacionales y locales no se ha logrado avanzar lo suficiente en la demanda en función a la población cada vez más elevada, manteniéndose o incluso en algunos casos disminuyendo la calidad de vida.

El centro gerontológico brinda su atención a 69 personas de las cuales un grupo permanece las veinticuatro horas del día debido a sus limitaciones físicas, y otro grupo acude periódicamente. Además en el laboran personas que aun con buenas intenciones no tienen la formación suficiente para ofrecer cuidados del adulto mayor eficaces, dependiendo de un grupo profesional de la salud multidisciplinar del centro de salud más cercano, que no siempre está en la condición de otorgar sus servicios al momento en que se los requiere. Todo esto lleva a la población objeto de estudio a su incapacidad de lograr la autosuficiencia.

1.2 Situación Problemática

Hasta el momento existe muy poca evidencia sobre investigaciones que identifiquen los apropiados cuidados de enfermería que mejoren la calidad de vida en el adulto mayor, lo que es evidente incluso en los documentos expuestos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como son; normas, protocolos y guías clínicas. Estos contienen información sobre la atención general en el adulto mayor como un equipo multidisciplinar, pero no existe de forma específica para los profesionales de enfermería. Al reconocer que es el equipo de enfermería el que debe estar presente en la mayoría de estos procesos de atención surge la necesidad de identificar los cuidados.

Esta problemática hace viable la ejecución de este proyecto de investigación, porque permitirá aportar conocimiento nuevo a los futuros profesionales de la carrera de enfermería, ideas que mejoraran la atención al adulto mayor de forma directa, haciendo de ella más eficaz.

Los adultos mayores que viven y asisten al Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo son asistidos principalmente por auxiliares de enfermería, varios de ellos

se por la experiencia de los años de labores saben cómo cubrir algunas de sus necesidades más básicas de forma empírica. Ninguno de ellos tiene la formación suficiente para realizar actividades de origen científico que mejoren la calidad de vida.

1.3 Planteamiento del Problema

En la actualidad la población en el Ecuador de adultos mayores según la cifras del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (Instituto Nacional De Estadísticas Y Censos, 2010), haciende a más de 1.264.423, y que para el año 2020 la cifra tendrá un crecimiento de 45.874 personas que requieren de cuidados especializados de la salud. Este grupo poblacional es considerablemente grande en relación a la población total del Ecuador, siendo uno de los grupos menos favorecidos, considerado por el estado como un grupo vulnerable.

Observamos que año a año la cantidad de personas adultas mayores va en aumento, los programas y estrategias de salud a nivel nacional no siempre resultan ser los más eficaces debido a los múltiples factores que afectan al correcto desarrollo, que no son ajenos a la realidad, pone de manifiesto la necesidad de identificar cuidados de enfermería orientados a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Para el Estado los adultos mayores son una prioridad, esto podemos observar en el Art. 35 de la Constitución del Ecuador, “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado”. Las personas adultas mayores están consideradas como uno de los grupos vulnerables reconocidos por el estado, sin embargo la atención que reciben en las instituciones públicas y privadas no es la más adecuada. (Asamblea Cosntituyente, 2008).

En la ciudad de Babahoyo se encuentra un Centro Gerontológico en el que podemos observar que acuden y viven dentro del centro un gran número de personas adultas mayores, quienes reciben atención de un grupo profesional

multidisciplinar, a través de ellos es satisfecha muchas de sus necesidades, pero que dichos profesionales no siempre están presentes, además son pocos. Lo que da lugar a que la atención que reciben la otorgue un grupo de personas que ignoran lo importante de brindar cuidados especializados a fin de que su calidad de vida no se vea afectada de forma negativa. Los cuidados de enfermería en estas personas no están del todo claros, existen normas y protocolos de atención que el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR establece, pero que tratan levemente lo relacionado a la atención enfermera, siendo estos muy generalizados.

1.3.1 Problema General

¿Cómo los apropiados cuidados de enfermería mejoran la calidad de vida del adulto mayor del centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. De Mayo a septiembre del 2019?

1.3.2 Problemas Derivados

- ¿Cuál es la condición de salud de los adultos mayores del centro gerontológico del cantón BABAHOYO?
- ¿Cuáles son los parámetros de medición que sirven de indicadores del estado de salud del adulto mayor?

1.4 Delimitación de la Investigación

Este proyecto de investigación se llevara a efecto en el Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la Provincia de los Ríos desde el mes de mayo a septiembre del 2019. En personas adultas mayores residentes y de atención ambulatorias.

El proyecto está inmerso en el área de investigación de la escuela de enfermería, el cual es; Salud Pública. Así mismo seguirá modelos y paradigmas de teorizantes como lo son Virginia Henderson y Marjory Gordon.

1.5 Justificación

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas

de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2018)

El siguiente proyecto de investigación está enfocado en las personas adultas mayores del centro gerontológico del cantón Babahoyo de la Provincia de los Ríos, porque es uno de los grupos etarios más vulnerables, a quienes debemos mucho respeto, amor, consideración, paciencia, comprensión, protección, y cuidados especiales.

En esta etapa de la vida el adulto mayor debe estar rodeado de un ambiente adecuado donde se sienta cómodo y brinden los cuidados de enfermería que mejoren su calidad de vida, actividades que en la actualidad no se llevan a efecto de forma adecuada, y que se espera que con la actual investigación se logre establecer los cuidados más eficaces.

Por esta razón se pretende identificar los apropiados cuidados de enfermería que mejoran la calidad de vida del adulto mayor, reconociendo que la probabilidades de llegar a una edad adulta mayor son cada vez más elevadas, muchos de nosotros en los más profundos deseos es vivir sin sufrir hasta nuestros últimos días.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Aplicar los apropiados cuidados de enfermería que mejoran la calidad de vida del adulto mayor del Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. De mayo a septiembre del 2019.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Identificar la condición de salud de los adultos mayores del centro gerontológico antes de y después de la aplicación de los cuidados de enfermería.
- Analizar y registrar los indicadores de salud que se vinculan con el mejoramiento de la calidad de vida y como cambian con la ejecución de los apropiados cuidados de enfermería.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

Generalidades

El adulto mayor

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad. (Ministerio de salud pública y protección social de Colombia, 2019)

Cuidados de enfermería

Hay diferentes maneras posibles de iniciar las intervenciones para fomentar el Envejecimiento Saludable, pero todas tendrán un objetivo primordial: lograr la máxima capacidad funcional. Este objetivo se puede alcanzar de dos maneras: fomentando y manteniendo la capacidad intrínseca, o bien, permitiendo que alguien con una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 14)

Tabla 1. Un grupo de investigadores de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo Cuba sugieren los siguientes cuidados de enfermería en el adulto mayor. (Sanchez, Mendoza, & Naun, 2018)

Ojos	<ul style="list-style-type: none">• Chequeo permanente de los ojos, precisando estado de los mismos si lo presenta hundidos y laxos (se produce por una pérdida de las estructuras de soporte del ojo).• Observación del estado de lagrimeo.• Observación de malestar ocular descartando aumento de la presión intraocular.
Oídos	<ul style="list-style-type: none">• Valorar el riesgo de caída por pérdidas del equilibrio y del control postural.• Valorar el control postural reflejo a los tonos.• Valorar la tolerancia a los tonos altos.

Boca	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la causa de pérdida del apetito insistiendo en molestias a la ingestión. • Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas referida. • Valorar la habilidad en el proceso masticatorio.
Aparato respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar mediante la observación el proceso respiratorio. • Observación del tipo de tos que presente. • Observación de algún tipo de molestia dolorosa a la respiración o movimiento al nivel de los pulmones o la parte alta de la espalda.
Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del sistema circular arterial. Algún tipo de malestar que pudieran asociarlo a otra causa no cardiovascular. • Control de la tensión arterial. • Valorar tipos de ritmo cardiacos que se pudiera presentar según nivel de actividad de formas anormales: taquicardia, bradicardia.
Sistema osteomioarticular	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar nivel de reducción de los movimientos rápidos. • Valorar nivel de amplitud de los movimientos debido a la rigidez muscular.
Sistema neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Observación desde el punto de vista neurológico en busca de signos que pudieran apuntar hacia causa de demencia. • Prestar atención a través de la exploración del estado mental para detectar déficit cognitivo que evidenciara la posible aparición de la demencia.
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la ingesta hídrica, ya que el adulto es más susceptible de caer en deshidratación por las alteraciones que se producen con la edad en cuanto a la capacidad de dilución y concentración de agua. • Control de la disminución del índice de masa corporal exagerada. • Estimular a la ingestión de la dieta de forma íntegra.
Actividad y reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necesidad de desarrollar actividades de la vida diaria. • Incentivar al ejercicio moderado según su estado de salud, recomendar realizar pequeñas caminatas diarias. • Educar sobre el equilibrio entre la actividad y el reposo.
Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> • Dar afecto en todas las actividades de la vida estimulando a los logros positivos obtenidos durante su vida. • Lograr que nunca pierdan la autoestima, proporcionando importancia a las actividades a desarrollar.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Lograr que el adulto mediante afecto participe de su propio cuidado. |
|--|--|

Centro gerontológico

A medida que las personas envejecen, sus necesidades de salud suelen ser más crónicas y complejas. Los sistemas de salud que se ocupan de estos requerimientos multidimensionales de la edad avanzada de una manera integrada han demostrado ser más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a las enfermedades específicas por separado. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 16)

Las personas mayores a menudo se encuentran con servicios diseñados para curar enfermedades o síntomas agudos, que tratan los problemas de salud de manera desconectada y fragmentada, y que carecen de coordinación entre los proveedores, los entornos y los tiempos de atención. Esta situación se traduce en una asistencia sanitaria que no solo no satisface adecuadamente las necesidades de las personas mayores, sino que además puede tener grandes costos tanto para ellas como para el sistema de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 16)

Para ofrecer atención centrada en las personas mayores y garantizar su acceso, se requerirán sistemas organizados en torno a las necesidades y preferencias de las personas mayores, además de servicios adaptados a las personas mayores y vinculadas estrechamente a las familias y las comunidades. También se necesitará integración entre los niveles y los servicios, así como entre la asistencia sanitaria y la atención a largo plazo. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 17)

Derechos del adulto mayor

El enfoque de derechos y de justicia que atraviesa y guía la construcción de la Agenda de política para personas adultas mayores es una medida para corregir las desigualdades e injusticias sufridas por hombres y mujeres mayores de 65 años. Esto repercute negativamente en el desarrollo integral de nuestra sociedad. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012, pág. 14)

La actual norma suprema tiene trascendentales avances normativos en materia de personas adultas mayores, ya que por primera vez se los incluye en una carta magna, reconociéndose así, de manera explícita, su existencia y atendiéndose a este grupo prioritario. (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2012, pág. 19)

La Constitución de la República del Ecuador, expedida en el año 2008, conforma el marco legal, conceptual y ético que refleja una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades. Reconoce a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, mientras que la de 1998 las colocaba dentro de los grupos vulnerables. (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2012, pág. 20)

Tabla 2. *Articulados de la constitución de la República del Ecuador referentes a personas adultas mayores.*

Igualdad y no discriminación	Art. 1
Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.	Art. 35
Derechos de las personas adultas y adultos mayores.	Art. 3 y 37
Obligaciones del Estado respecto a las personas adultas mayores.	Art. 38
Prohibición de desplazamiento arbitrario.	Art. 42
Derechos de las personas privadas de la libertad.	Art. 51
Derechos políticos de las personas adultas mayores.	Art. 62 y 95
Derechos de libertad: vida libre de violencia.	Art. 66
Derecho de protección: acceso a la justicia.	Art. 81
Deberes y responsabilidades.	Art. 83
Defensoría pública.	Art. 193
Educación: erradicar el analfabetismo y apoyar a los procesos de post-alfabetización y educación permanente.	Art. 347
Protección integral.	Art. 341
Atención integral de la salud.	Art. 363
Seguridad social.	Art. 363 y 369

Nota. Existe una gran variedad de artículos en los que se incluye al adulto mayor a diferencia de la anterior constitución donde solo se los incluía en los grupos vulnerables. (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2012, pág. 22)

Adicionalmente, prohíbe la discriminación por cualquier índole o condición social (Art.1). Por lo demás, al igual en que el ámbito mundial, en el interamericano las personas de la tercera edad tienen los mismos derechos que las demás personas, simplemente por el hecho de ser tales. (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2012, pág. 26)

Las personas adultas mayores que carezcan de recursos económicos para su subsistencia o cuando su condición física o mental no les permita subsistir por sí mismas, tendrán el derecho a una pensión alimenticia que les permita satisfacer sus necesidades básicas y tener una vida en condiciones de dignidad por parte de sus familiares: cónyuge o pareja en unión de hecho; descendientes hasta segundo grado de consanguinidad y hermanos. (PBP, 2019)

El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales. Se prohíbe a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica negar el servicio a las personas adultas mayores, a quienes deberá darse atención preferencial y especializada. Los establecimientos de salud públicos y privados, en función de su nivel de complejidad deben contar con servicios especializados para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de los adultos mayores. (PBP, 2019)

La nueva ley deroga la Ley del Anciano vigente desde 1991, sus reformas y su reglamento. Entre las disposiciones derogadas importantes está el ingreso máximo que debe tener un adulto mayor para acceder a beneficios tributarios, así como el máximo de consumo en servicios básicos exonerados; se elimina también la obligación de las clínicas de poner a disposición de los ancianos indigentes el 5% de su infraestructura. (PBP, 2019)

La Ley del Anciano, por su parte, se constituyó en una norma de carácter obligatorio y permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, sociales, legales y de prestación integral, de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad. En ella se garantiza el derecho a un mejor nivel de vida. Además se especifica el papel que deben desempeñar en su ejecución las distintas instituciones nacionales creadas en la norma, como son el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). El Reglamento

que norma el funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológico, otorga permisos de funcionamiento de Centros de Atención a los Adultos Mayores.

Condiciones sociales

El número de países en los que más de un habitante de cada cinco supera los 60 años está en rápido aumento. Habrá pocas políticas o servicios que no los afecten de alguna manera, por lo que será esencial integrar el Envejecimiento Saludable en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno. Las estrategias y los planes de acción nacionales, regionales, estatales o municipales sobre el envejecimiento pueden ayudar a guiar esta respuesta intersectorial y garantizar una respuesta coordinada que abarque diferentes sectores y niveles de gobierno. Para ello será necesario establecer claramente compromisos con los objetivos y líneas de responsabilidad, contar con presupuestos adecuados y especificar los mecanismos de coordinación, monitoreo, evaluación y presentación de informes en todos los sectores. También será importante recoger y utilizar información desglosada por edad acerca de las habilidades de las personas mayores. Esto puede facilitar el control de la eficacia y la detección de deficiencias en las políticas, los sistemas y los servicios existentes. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 23)

El proceso de envejecimiento difiere de acuerdo a la condición social. Debido a ello es necesario continuar desarrollando propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida a través de planes, programas y proyectos donde las personas adultas mayores sean entes activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012)

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad. (OMS, 2017)

El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos. (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2012)

La sexualidad en el anciano debe considerarse en una forma amplia e integral, incluyendo en ella tanto componentes físicos como emocionales. Por ello, se acepta como normal en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual considerado como estándar si se relaciona con el adulto joven; estas serían: disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía o masturbaciones. (Llanes C. , 2014)

Depresión

Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo. (OMS, 2017)

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4%

de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (OMS, 2017)

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores. (OMS, 2017)

Sexualidad

La función reproductora disminuye gradualmente en el hombre, mientras que en la mujer cesa después de la menopausia. La capacidad de respuesta sexual en el anciano está íntimamente ligada al grado de capacidad individual física y psíquica, y a la situación social en que se encuentre. Aunque en los ancianos sanos el deseo y la capacidad sexual permanecen, la falta de lubricación natural puede hacer doloroso el coito. (Llanes C. , 2014)

Es cierto que el ideal de belleza es juvenil. Simbólicamente, la vejez nunca fue representante de la belleza y la capacidad seductora. La cultura erótica de nuestro tiempo ha modificado, en algo, ese ideal de belleza. Nuestra cultura ha sabido combatir la miseria erótica. Se dice que la multiparidad de las mujeres, que rápidamente las envejecía, producía la caída de los senos, les provocaba várices, prolapsos uterinos, cansancio crónico por el cuidado de muchos hijos, afeaba a las mismas. Al punto que una de las explicaciones de la poligamia se asienta sobre este aserto, pues el harén debía ser renovado con sangre nueva y piel turgente. (Llanes C. , 2014)

Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso complejo de la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros; por lo cual, se constituye en un espacio ideal para brindar herramientas de intervención que permitan

entender el fenómeno de envejecer y asimismo dar alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor para de esta manera poder crear taxonomías de cuidado que permitan un mayor conocimiento y, por ende, una mejor atención. (Alvarado & Salazar, 2014)

Hay ciertos desórdenes asociados con los cambios intrínsecos que acompañan al envejecimiento y a los cuales el adulto mayor es particularmente proclive: los trastornos motores del esófago y la osteoartritis, por ejemplo. (OPS, 2018)

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad intrínseca del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 12)

Cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que hace parte del ciclo vital. (Alvarado & Salazar, 2014)

Funcionalidad

Después de los 60 años, la discapacidad y la muerte sobrevienen en gran parte debido a las pérdidas de audición, visión y movilidad relacionadas con la edad y a las enfermedades no transmisibles, que incluyen las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. No se trata de problemas solo de los países ricos. De hecho, la carga asociada con muchas de estas afecciones en las personas mayores es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 13)

La calidad de vida incluye verse como ingredientes esenciales antes y después de los 60 años de edad, del envejecimiento exitoso, con un sentido ético dictado por la medida en que esas personas mayores pobres tengan la posibilidad de envejecer activa y saludablemente. De igual manera, interviene la actividad física que aparece una y otra vez como un ingrediente esencial para lograr envejecer exitosamente además, cada día surgen más pruebas de los notables beneficios del ejercicio regular y moderado en lo que respecta a la longevidad. (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2012, pág. 13)

La complejidad de los estados de salud y funcionales que presentan las personas mayores plantea preguntas fundamentales acerca de qué significa la salud en la vejez, la forma en la que la medimos y cómo podríamos fomentarla. Se necesitan nuevos conceptos, definidos no solo por la presencia o la ausencia de una enfermedad, sino en términos de la repercusión que las afecciones tienen en el funcionamiento y el bienestar de una persona mayor. Las evaluaciones exhaustivas de estos estados de salud predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad. (Organizacion Mundial de la Salud, 2015, pág. 13)

Autonomía

La autonomía depende en gran medida de las necesidades básicas satisfechas de la persona mayor y, a su vez, tiene una poderosa influencia en su dignidad, integridad, libertad e independencia. Además, se ha señalado repetidamente como un componente esencial de su bienestar general. (Organizacion Mundial de la Salud, 2015, pág. 22)

La funcionalidad física y la autonomía mental constituyen el objetivo central en el continuo asistencial y progresivo. Pretenden que el sistema de salud se adapte a las necesidades de las personas adultas mayores, trabajando en el primer nivel de atención que incluye la comunidad y EBAS, en el proceso de envejecimiento natural mediante acciones de promoción, prevención, valoración geriátrica integral oportuna, referencia y contrareferencia, que permita mantener, prevenir y rehabilitar la pérdida de la “independencia y autonomía”. Son competencias y

responsabilidades que, en el sistema de salud, se complementan en el segundo y tercer nivel de atención (hospitalización), donde se manejará los eventos agudos clínicos o quirúrgicos, a través de las unidad de agudos, unidad de mediana estancia o recuperación funcional, hospital del día y de seguimiento hospitalario a domicilio, mediante el equipo interdisciplinario, en casos de requerir vigilancia médica y cuidados de enfermería especiales y el paciente no cuente con soporte familiar y económico. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 27)

Las personas mayores tienen derecho a hacer elecciones y tener el control en muy diversos aspectos, como el lugar donde viven, las relaciones que tienen, lo que visten, el modo en que pasan su tiempo y si se someten a tratamientos o no. La posibilidad de elegir y tener el control está determinada por muchos factores, incluida la capacidad intrínseca de las personas mayores, el entorno en el que habitan, los recursos personales y financieros de los que disponen y las oportunidades que tienen a disposición. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 22)

La independencia funcional es la capacidad de cumplir o realizar determinadas actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 27)

La Política Pública para las Personas Adultas Mayores, con una percepción distinta sobre el envejecimiento considerándolo como un proceso activo, digno y seguro, se orienta a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de esta población. La meta es integrarla al desarrollo social, económico, político y cultural del país a través de su participación y empoderamiento para que juntos –el Estado, la sociedad civil y la familia–, le faciliten alcanzar y acceder un buen vivir. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2012, pág. 60)

Tabla 3. La política pública (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2012) para las personas adultas mayores se desarrolla sobre la base de tres ejes:

Protección social básica	Protección especial	Participación social
Se define como la acción de salvaguardar, neutralizar o	Se refiere a los mecanismos encaminados a promover,	Se entiende por participación social a aquellas iniciativas en

<p>reducir el impacto de determinados riesgos de las personas a través de programas sociales con transferencias monetarias basadas en la corresponsabilidad, pensiones jubilares no contributivas y servicios para la protección familiar reconociendo los derechos de todos los ciudadanos del país.</p>	<p>preservar y restituir derechos de las personas que se encuentran en situación de amenaza o violación de los mismos, con el fin de establecer una sociedad de equidad, igualdad, justicia y derechos.</p>	<p>las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas que dependen para su realización en la práctica, del manejo de estructuras sociales de poder. La participación se entiende hoy como una posibilidad de configuración de nuevos espacios sociales o como la inclusión de actores en los movimientos sociales, en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, o como la presencia en la esfera pública para reclamar situaciones o demandar cambios.</p>
--	---	--

Nota. Estos tres ejes son importantes para que el adulto mayor recupere y mantenga su autosuficiencia.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 22), las medidas que contribuyen a lograr la autonomía son las siguientes:

- Legislar para proteger los derechos de las personas mayores (por ejemplo, protegerlas contra el maltrato), apoyarlas para que conozcan y disfruten sus derechos y crear mecanismos para hacer frente a las violaciones de sus derechos, incluso en situaciones de emergencia.
- Prestar servicios que faciliten el funcionamiento, tales como las tecnologías de apoyo y los servicios a domicilio o en la comunidad.
- Proporcionar mecanismos de planificación anticipada de la atención y decisiones asistidas que permitan a las personas mayores mantener el máximo nivel de control sobre sus vidas a pesar de una pérdida significativa de capacidad.
- Crear oportunidades accesibles de aprendizaje y crecimiento permanentes.

Medidas antropométricas

Es el estudio de las proporciones del cuerpo humano por procedimientos métricos. Sirve de base en salud para establecer el diagnóstico nutricional, en el presente caso del adulto mayor. Las medidas antropométricas utilizadas son: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, perímetro de cadera y perímetro de pantorrilla. Se registran en el formulario N° 057-2010 Atención Adulto Mayor de la Historia Clínica Única. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 33)

Signos vitales

Presión arterial

Se define como la fuerza ejercida por la sangre contra la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media. Con frecuencia se señala que la presión arterial es controlada por el gasto cardíaco y la resistencia periférica total, ya que como se sabe es igual al producto de ambas. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 31)

Temperatura corporal

Es el grado o intensidad de calor que presenta el cuerpo. La temperatura normal es el resultado del equilibrio establecido, entre el calor producido y el calor perdido por el organismo. Valores normales: Concepción clásica: Valor "normal" promedio en humanos: 37°; Concepción actual: Temperatura Corporal Media 18 – 40 años: $36.8 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$; Valores normales (media) Oral: 37 °C, Rectal (central): 37.5 °C, Axilar: 36.5 °C. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 32)

Pulso

Es la expansión y contracción rítmica de una arteria causada por el impacto de la sangre impulsada por el corazón. El pulso se controla para determinar el funcionamiento del corazón. Sufre modificaciones cuando el volumen de sangre bombeada por el corazón disminuye o cuando hay cambios en la elasticidad de las arterias. Tomar el pulso es un método rápido y sencillo para valorar el estado de un lesionado. Cifras normales del pulso.-Varía de acuerdo a diferentes factores. El más importante es la edad. En los adultos mayores es de 60 o menos pulsaciones por minuto. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 32)

Es el intercambio gaseoso entre el organismo y la atmósfera. En la respiración además de los órganos del aparato respiratorio, intervienen la contracción de los músculos del tórax y los movimientos de las costillas. En caso de lesiones a este nivel, es indispensable el control de este signo vital. La respiración consta de dos fases: la inspiración y la espiración. Durante la inspiración se introduce el oxígeno a los pulmones proveniente de la atmósfera y en la espiración se elimina bióxido de carbono. Cifras normales de la respiración: En los adultos: 16 a 20 respiraciones por minuto, y en adultos mayores menos de 16 respiraciones por minuto. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 33)

Valoración geriátrica

En la vejez la expresión de las enfermedades, suele ser más larvada, atípica y los síntomas se modifican; por ejemplo, aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la temperatura y el balance hidroelectrolítico, se modifican los mecanismos compensatorios como taquicardia y polipnea, incluso en algunas ocasiones, existiendo compromiso y los signos y síntomas clásicos aparecen normales. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010)

La valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda. (OPS, 2018)

La observación del paciente y sus movimientos (p. ej., deambulación en el consultorio, sentarse o levantarse de una silla, acostarse o levantarse de la camilla, ponerse o sacarse las medias y los zapatos) puede proporcionar información útil sobre su funcionalidad. Su higiene personal (p. ej., vestimenta, limpieza, olor) puede aportar información sobre el estado mental y la capacidad de cuidar de sí mismo. (W, 2016)

La valoración debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos, tales como: la infantilización (pensamiento equivocado de que el

adulto mayor es similar a un niño), la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etcétera. No existe una fórmula rígida para la valoración de un adulto mayor; ésta debe ser centrada en la persona, reconociendo su individualidad y la heterogeneidad de este grupo de población. (OPS, 2018)

Si el paciente se cansa, el examen físico puede detenerse y continuar en otra consulta. Los pacientes ancianos pueden requerir más tiempo para desvestirse y trasladarse a la camilla; no deben ser apurados. La camilla debe ajustarse a una altura que el paciente pueda acceder fácilmente; un banquito puede ayudarlo. Los pacientes debilitados no deben dejarse solos en la camilla. Ciertas partes del examen pueden resultar más cómodas con el paciente sentado en una silla. (W, 2016)

El estado anímico del adulto mayor es fundamental para que interactúe y participe en las actividades propias de la familia, la sociedad y el medio dónde se desarrolle. La actividad física puede favorecer dicho proceso, incrementando la calidad de la vida del sujeto. (Calero, Klever, Ramiro, & Rodriguez, 2016)

Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido. Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor. La valoración geriátrica integral, comprende la valoración clínica y de laboratorio (primera consulta), funcional, cognitiva, nutricional y social, cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 44)

Valoración por aparatos y sistemas

En el interrogatorio por aparatos y sistemas, asegúrese de preguntar acerca de cambios en el estado funcional a lo largo del último año, cambios ponderales, fatiga, mareo, caídas, trastornos del sueño, sintomatología cardiovascular, alteraciones en la frecuencia de la micción e incontinencia urinaria, cambios en el hábito intestinal, afecciones osteoarticulares y problemas sexuales. (OPS, 2018, pág. 9)

Es conveniente adoptar una posición cercana, de frente a la fuente de luz, atendiendo a posibles deficiencias en la audición, manteniéndose al mismo nivel del paciente. Con el paciente en posición sentado examine las articulaciones, busque signos de extrapiramidalismo, evalúe los reflejos osteotendinosos y el fondo de ojo; realice la otoscopía, palpe posibles adenopatías cervicales y las arterias temporales, en esta posición es más fácil un examen cardiopulmonar. (OPS, 2018, pág. 9)

Tome la presión arterial sentado y parado. Complete el resto del examen acostando al paciente. No olvide examen mamario a las mujeres. Asegúrese de verificar peso y talla, hipotensión ortostática, integridad de la piel y agudeza visual y auditiva. Ordene mentalmente, cuáles son los principales problemas médicos, sociales, funcionales o mentales. Anote en la ficha cuáles considere serán de mayor importancia y cómo poder afrontarlos o solucionarlos con los medios con que dispone. (OPS, 2018, pág. 9)

Cuidados según patrones funcionales

La valoración de la función adquiere una dimensión muy especial en la evaluación de los pacientes de mayor edad; su deterioro puede ser indicador precoz de la enfermedad aún antes de la aparición de los síntomas clínicos, sirve para cuantificar diferencias en el impacto de enfermedades sobre el individuo y tiene un valor especial para evaluar resultados en la terapéutica y la rehabilitación. (OPS, 2018, pág. 10)

Percepción y manejo de la salud

El concepto de salud en adultos más que en otros grupos implica subjetividad, depende de la conjunción de los efectos de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social; pero su determinación más allá de lo estrictamente médico, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión y los investigadores que trabajan con este grupo de población. (M Castaño & Cardona, 2014)

Nutricional metabólico

Tome los indicadores de la composición corporal: peso y talla. La mayor utilidad del peso como medida aislada es el saber si el individuo ha disminuido o aumentado más de un 10% en los últimos 3 meses. La talla por sí sola no es de gran utilidad. Para estimar la reducción que la persona ha sufrido a lo largo del tiempo, la talla actual se debe comparar con la talla que la persona alcanzó en la juventud. En estos casos existen métodos para calcular con gran exactitud la talla original del adulto mayor. (OPS, 2018, pág. 10)

Índice de Masa Corporal: Con el peso y la talla, ya sean reales o estimados, se puede obtener el índice de masa corporal ($\text{peso} / \text{talla}^2$). Este constituye un indicador de adiposidad y sirve como un primer tamiz para reconocer la obesidad (valor mayor de 28, aunque para adultos mayores, no existe un consenso sobre esta cifra) o la desnutrición (menos de 19). (OPS, 2018, pág. 10)

Eliminación

La incontinencia de heces y orina, además de su significado médico, tiene un profundo impacto en el bienestar de los adultos mayores, comprometiendo la autoestima y la dignidad de los mismos. La incontinencia no es un problema que el médico de atención primaria incluye sistemáticamente en su interrogatorio al evaluar al adulto mayor. (OPS, 2018, pág. 17)

En el adulto mayor independiente, la aparición de incontinencia constituye un motivo para el abandono de las actividades sociales y restricción al ámbito doméstico. En el paciente inmobilizado y dependiente, puede ser indicativo de cuidados ineficientes; muchas veces los pacientes se orinan en el lecho por no ser capaces de solicitar ayuda o por no ser atendidos en sus solicitudes de auxilio para orinar. (OPS, 2018, pág. 17)

Debe palpase la próstata en busca de nódulos y dolor a la palpación y para definir su consistencia. La estimación del tamaño de la próstata con tacto rectal es imprecisa y el tamaño no se correlaciona con la presencia de obstrucción uretral; no obstante, el tacto rectal permite una evaluación cualitativa. (W, 2016)

Se recomienda la realización de exámenes pelvianos regulares, con prueba de Papanicolaou (Pap) cada 2 o 3 años hasta los 65 años. A partir de entonces, puede suspenderse la evaluación si los resultados de los 2 últimos exámenes consecutivos fueron normales. En mujeres \geq 65 años no sometidos a pruebas de Pap regulares, deben obtenerse al menos 2 resultados negativos separados por 1 año para dejar de solicitar estudios de esta clase. Una vez suspendidos los Pap, sólo deben volver a pedirse cuando hay signos o síntomas nuevos que sugieran un posible trastorno. Las mujeres histerectomizadas sólo requieren Pap si se conservó el tejido cervical. (W, 2016)

Actividad ejercicio

La inestabilidad postural y las caídas son problemas comunes en los adultos mayores, principalmente entre las mujeres. Además de que constituyen un riesgo importante para fracturas y están asociadas a un aumento de la mortalidad, las caídas tienen como principal complicación la limitación funcional y psicológica resultante del miedo de caer. Puede constituirse en factor desencadenante de abandono de actividades sociales e inmovilidad. La inestabilidad postural tiene un extenso significado clínico y puede estar asociada a alteraciones de la marcha. Las caídas deben ser consideradas como un síntoma que debe ser investigado. (OPS, 2018, pág. 17)

Se debe determinar el rango de movimiento activo y pasivo. Debe registrarse la presencia de contracturas. En ocasiones, se evidencia una resistencia variable a la manipulación pasiva de los miembros (paratonía) asociada con el envejecimiento. (W, 2016)

Los ancianos, en particular los que no practican entrenamiento de resistencia en forma regular, pueden presentar debilidad durante una evaluación de rutina. Por ejemplo, durante el examen físico el médico puede extender fácilmente el codo del paciente a pesar de sus esfuerzos por mantener la contracción. Si la debilidad es simétrica, no preocupa al paciente y no modificó la funcionalidad o su nivel de actividad, es probable que se deba a falta de uso más que a una enfermedad neurológica. Tal debilidad es tratable con entrenamiento de resistencia; especialmente para las piernas, se puede mejorar la movilidad y reducir el riesgo de caídas. El fortalecimiento de los miembros superiores también es beneficioso para la función global. El aumento del tono muscular, medido a través de la flexión y la extensión del codo o la rodilla, es un hallazgo normal en los ancianos, aunque los movimientos bruscos durante el examen y la rigidez en rueda dentada se consideran anormales. (W, 2016)

Sueño descanso

Con la edad, los patrones de sueño tienden a cambiar. La mayoría de las personas encuentran que el proceso de envejecimiento los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño. Se despiertan con más frecuencia durante la noche y se levantan más temprano por la mañana. El tiempo total de sueño se mantiene igual o disminuye ligeramente (6.5 a 7 horas por noche). Puede ser más difícil quedarse dormido y usted puede pasar más tiempo total en la cama. La transición entre el sueño y despertarse con frecuencia es abrupta, lo que hace que las personas mayores sientan que tienen un sueño más ligero que cuando eran jóvenes. (MedlinePlus, 2018)

Se pasa menos tiempo durmiendo profundamente y sin soñar. Las personas mayores se despiertan en promedio de 3 a 4 veces cada noche. También son más conscientes del hecho de estar despierto. Las personas mayores se despiertan con

más frecuencia porque pasan menos tiempo en el sueño profundo. Otras causas incluyen la necesidad de levantarse a orinar (nicturia), ansiedad e incomodidad y dolor por enfermedades prolongadas (crónicas). (MedlinePlus, 2018)

La dificultad para dormir es un problema molesto. El insomnio prolongado (crónico) es una de las principales causas de accidentes automovilísticos y depresión. Debido a que el sueño de las personas mayores es más liviano y se despiertan con mayor frecuencia, pueden sentirse privadas de sueño, aun cuando su tiempo total para dormir no haya cambiado. La privación del sueño con el tiempo puede ocasionar confusión y otros cambios mentales. Sin embargo, esto se puede tratar. Usted puede disminuir los síntomas cuando duerme lo suficiente. (MedlinePlus, 2018)

Cognitivo perceptivo

En principio, en la Atención Primaria no se deben aplicar de forma rutinaria tests de detección de deterioro cognitivo (Folstein) si no existen indicios que sugieran el mismo. En caso de que existan indicios de deterioro cognitivo, las herramientas de tamizaje que se recomiendan, sabiendo que generalmente tienen una buena especificidad, a expensas de la sensibilidad, (por debajo del 50%) son el test de Folstein y el test de Pfeffer. (OPS, 2018)

Para la prevención de la depresión y la ayuda a la resolución de conflictos psicológicos, se propone dar prioridad a ciertos casos, basándose en factores de riesgo y vulnerabilidad. La herramienta de tamizaje más ampliamente difundida es la escala de depresión de Yesavage que se debe aplicar si existen indicios de alteración de la función afectiva. (OPS, 2018, pág. 11)

Los problemas de salud mental pueden no detectarse fácilmente en los ancianos. Los síntomas que pueden indicar una enfermedad mental en pacientes más jóvenes (p. ej., insomnio, cambios en el patrón del sueño, estreñimiento, disfunción cognitiva, anorexia, pérdida de peso, cansancio, preocupación por las funciones corporales, aumento del consumo de alcohol) pueden deberse a otra razón en los ancianos. Los episodios de tristeza, desesperanza y llanto pueden indicar

depresión. La irritabilidad puede ser el síntoma afectivo principal de la depresión, o los pacientes pueden mostrar una disfunción cognitiva. La ansiedad generalizada es el trastorno mental más frecuente en los ancianos y acompaña con frecuencia a la depresión. (W, 2016)

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, sin embargo la importancia de las demencias de origen vascular no debe ser subestimada. Estas afecciones tienen un gran impacto sobre la vida de los pacientes y también en sus familias. La presencia de disturbios no cognoscitivos, como las alteraciones del comportamiento, la agresividad, las alteraciones del sueño, entre otras aumentan la necesidad de cuidados permanentes y las solicitudes de ingreso en instituciones o residencias geriátricas. (OPS, 2018, pág. 18)

Auto percepción auto concepto

El apoyo o soporte social hacia el adulto mayor se refiere a la percepción subjetiva y personal del propio sujeto, a partir de su interrelación en redes, de sentir que es amada y cuidada, valorada y estimada. Asimismo, tal apoyo es considerado como una posibilidad de dar respuesta eficaz a la gran variedad de nuevas demandas que plantea el envejecimiento de la población. (Garcia, 2013)

Rol relaciones

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia. (OMS, 2017)

Los médicos deben obtener información sobre la forma de vida del paciente, en particular dónde y con quién vive (p. ej., si vive solo en una casa aislada o en un departamento que forma parte de un edificio poblado), la accesibilidad a su residencia (p. ej., por escaleras o sobre una colina) y los modos de transporte disponibles para acceder a su vivienda. Estos factores afectan la capacidad de los ancianos para conseguir los alimentos, la atención sanitaria y otros recursos importantes. Si bien es difícil hacer una visita al domicilio, esta puede brindar información importante. Por ejemplo, pueden obtenerse datos sobre la nutrición del paciente revisando el contenido del refrigerador, y sobre las actividades de la vida cotidiana que puede realizar observando el estado del baño. (W, 2016)

Compartir la vivienda es un factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores. Está por determinar aún si son los cónyuges o los hijos adultos de las personas mayores quienes más probabilidades tienen de perpetrar los malos tratos. Cuando el agresor depende de la persona mayor (a menudo económicamente) también es mayor el riesgo de malos tratos. En algunos casos, si hay antecedentes de relaciones familiares disfuncionales la situación puede empeorar debido al estrés cuando aumenta la dependencia de la persona mayor. Finalmente, con la incorporación de las mujeres al mundo laboral y la reducción del tiempo que tienen disponible, atender a los parientes mayores puede pasar a ser una carga más pesada que incrementa el riesgo de maltrato. (OMS, 2018)

Sexualidad reproducción

Las preguntas relacionadas con prácticas y satisfacción sexual deben realizarse con delicadeza y sensibilidad pero deben ser completas. También es necesario establecer el número y sexo de las parejas sexuales y el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Muchas personas mayores sexualmente activas no son conscientes de la creciente incidencia de enfermedades de transmisión sexual en las personas mayores, y no siguen o ni siquiera saben acerca de las prácticas de sexo seguro. (W, 2016)

Adaptación y tolerancia al estrés

Debe anotar la información pertinente acerca de su red de apoyo informal y familiar. Específicamente, conocer si el paciente vive solo o acompañado (quiénes viven con él o ella) y quién se haría responsable de tomar decisiones en caso que el individuo quedara incapacitado para tomar decisiones por sí mismo. La escolaridad, la historia laboral, su situación ocupacional y económica actual son aspectos que deben evaluarse. Es también imprescindible conocer la red social y de apoyo, así como las responsabilidades familiares o sociales del individuo. (OPS, 2018, pág. 11)

Valores y creencias

La religión suele considerarse un término más institucionalizado, estructurado y que abarca actividades más tradicionales, rituales y prácticas. La espiritualidad se refiere a lo intangible y lo inmaterial y, en consecuencia, puede considerarse un término más general, no asociado con un grupo o una organización en particular. Puede relacionarse con los sentimientos, las creencias, las experiencias y las conductas asociadas con el espíritu o la búsqueda de lo sagrado. (B Kaplan & J Berkman, 2016)

Los ancianos suelen tener necesidades espirituales específicas que pueden superponerse con sus necesidades psicológicas pero no son necesariamente las mismas. La evaluación de las necesidades espirituales del paciente puede ayudar a movilizar los recursos necesarios (p. ej., asesoramiento espiritual o grupos de apoyo, participación en actividades religiosas, contactos sociales de miembros de una comunidad religiosa). (B Kaplan & J Berkman, 2016)

El nivel de participación religiosa de los ancianos es superior al de otros grupos. Para estos individuos, la comunidad religiosa es la fuente principal de sostén social fuera de la familia, y el compromiso con organizaciones religiosas constituye la clase más frecuente de actividad social voluntaria, más usual que todas las demás formas de actividad social voluntaria combinadas. (B Kaplan & J Berkman, 2016)

2.1.1 Marco conceptual

Depresión

La depresión y otros trastornos mentales de gran importancia están incluidos en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP), por el cual se pretende mejorar la asistencia de los trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas mediante la aportación de orientaciones e instrumentos para el desarrollo de los servicios de salud en las zonas pobres. (OMS, 2017)

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más. (MedlinePlus, 2019)

Envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. (Alvarado & Salazar, 2014)

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia. (Alvarez Yanez, Pasmíño Figueroa, Villalobos, & Villacis, 2010)

Disfunción sexual

Se define como cualquier problema del comportamiento sexual que hace a la expresión sexual insatisfactoria para el individuo. No debe considerarse una consecuencia del envejecimiento, sino una entidad clínica cuyo origen debe ser estudiado. Se catalogará como primaria si el problema se evidencia al comienzo de la vida sexual, y secundaria si ello ocurre en el curso de la vida sexual. Es la disfunción sexual secundaria la que afecta al paciente anciano, siendo generalmente resultado de una enfermedad concomitante y, en muchos casos, es ocasional que ocurre en menos del 50% de los encuentros sexuales. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 85)

Muchas mujeres tienen problemas con la función sexual en algún momento, y algunas los sufren durante toda la vida. La disfunción sexual femenina puede ocurrir en cualquier momento de la vida. Puede ocurrir solamente en ciertas situaciones sexuales o en todas ellas. La respuesta sexual implica una combinación compleja de fisiología, emociones, experiencias, creencias, estilos de vida y relaciones. La alteración de cualquiera de estos componentes puede afectar el deseo sexual, la excitación o la satisfacción, y el tratamiento a menudo incluye más de un enfoque. (Mayo Clinic, 2019)

Úlceras por presión

Las úlceras por presión es una lesión de origen isquémico localizado en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión o fricción entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un tiempo prolongado. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 81)

Son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo, que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel. En la mayoría de los casos, las úlceras de decúbito se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como los talones, los tobillos, las caderas y el coxis. Las personas que corren más riesgo de padecer úlceras de decúbito son las que tienen una enfermedad que limita su capacidad de cambiar de posición o las que pasan la mayor parte del tiempo en una cama o una silla. (Mayo Clinic, 2018)

Las úlceras de decúbito se producen por la presión contra la piel que limita el flujo sanguíneo a ella. Otros factores relacionados con la movilidad limitada pueden hacer que la piel se vuelva vulnerable al daño y contribuyen al desarrollo de las úlceras de decúbito. (Mayo Clinic, 2018)

Disminución de la Agudeza Auditiva

Es la disminución de la capacidad auditiva en forma leve, moderada y severa, determinada por el número de decibeles necesarios para percibir un sonido, así: de 20 a 40 decibeles se considera hipoacusia leve con dificultad para entender una conversación normal. De 40 a 60 decibeles hipoacusia moderada con dificultad para escuchar una conversación con voz más alta de lo normal. De 60 a 80 decibeles hipoacusia grave, cuando puede escuchar solamente utilizando amplificadores. De 80 a 120 decibeles hipoacusia profunda, imposibilidad de escuchar por cualquier manera. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 88)

La pérdida de la audición que aparece gradualmente a medida que envejecen (presbiacusia) es frecuente. Aproximadamente, un tercio de las personas en Estados Unidos entre los 65 y los 75 años de edad tienen cierto grado de pérdida de audición. En el caso de las personas mayores de 75 años, la cantidad es de casi 1 en 2. (Mayo Clinic, 2019)

La pérdida de la audición puede tener un efecto significativo en la calidad de vida. Los adultos mayores que tienen pérdida de audición pueden informar sensaciones de depresión. Debido a que la pérdida de audición puede dificultar la conversación, algunas personas experimentan sentimientos de aislamiento. La pérdida de audición también está asociada al deterioro y la disminución cognitiva. (Mayo Clinic, 2019)

Disminución de la Agudeza Visual

Se habla de deficiencia visual en el adulto mayor cuando la valoración clínica de la agudeza visual está disminuida por debajo de 20/40. Alrededor del 20 al 30% de

las personas mayores de 65 años tienen deficiencias visuales causadas por varias patologías que pueden llevar a la ceguera. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 91)

La disminución de la agudeza visual constituye un signo de alerta principal en oftalmología. El contexto clínico de este síntoma permite a menudo su orientación etiológica; la uní o bilateralidad, la rapidez de su instauración, su asociación a dolor o a enrojecimiento ocular constituyen características esenciales. Las disminuciones de la agudeza visual acompañadas de enrojecimiento y dolor oculares hacen pensar en una enfermedad del compartimiento anterior (queratitis, uveítis o glaucoma agudo); la disminución unilateral de la agudeza visual de instauración brusca hace pensar en una enfermedad vascular (oclusión venosa o arterial retiniana, neuropatía isquémica); la disminución bilateral progresiva en el paciente de edad avanzada hace pensar en cataratas. Las neuropatías ópticas inflamatorias y las coriorretinitis serosas centrales se presentan en pacientes jóvenes y son unilaterales. En los pacientes de edad avanzada una disminución de la agudeza visual acompañada de deformación de las imágenes (metamorfopsia) debe llevar a buscar una posible degeneración macular. (Chaine, 2016)

Dolor Abdominal

Es la manifestación subjetiva, más frecuente de los trastornos gastrointestinales, que indica una lesión real o potencial de problemas abdominales, además de ser frecuente expresión de otros trastornos extra abdominales (isquemia de miocardio y neumonía principalmente). De particular importancia es el abordaje temprano y acucioso del dolor abdominal, de diversa intensidad, asociado a un cuadro de abdomen agudo, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano tienen relación directa con un mejor pronóstico para el paciente. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 94)

Otros términos que se utilizan para describir el dolor abdominal son dolor estomacal o de estómago y dolor de panza o de barriga. El dolor abdominal puede ser leve o fuerte. Puede ser continuo o intermitente. El dolor abdominal puede ser

de corta duración (agudo) o puede presentarse durante semanas, meses o años (crónico). (Mayo Clinic, 2019)

Estreñimiento

Estreñimiento o constipación se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50 g/día) o infrecuentes (menos de 2 deposiciones a la semana). La prevalencia aumenta especialmente después de los 60 años, y es más frecuente en mujeres que en hombres. Es multicausal. (Alvarez, Pasmíño, Villalobos, & Villacis, 2010, pág. 99)

El estreñimiento generalmente se describe como el hecho de tener menos de tres evacuaciones intestinales por semana. Aunque el estreñimiento aislado es muy frecuente, algunas personas tienen estreñimiento crónico que puede afectar la capacidad de continuar con sus actividades diarias. El estreñimiento crónico también puede hacer que la tensión excesiva tenga evacuaciones intestinales y otros signos y síntomas. (Mayo Clinic, 2018)

El estreñimiento ocurre con mayor frecuencia cuando los desechos o las heces se mueven con demasiada lentitud a través del tubo digestivo o no pueden eliminarse de manera eficaz del recto, lo que puede provocar que las heces se vuelvan duras y secas. Existen muchas causas posibles para el estreñimiento. (Mayo Clinic, 2018)

2.1.2 Antecedentes investigativos

Un grupo de investigadores de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. Ecuador, y Universidad Central del Ecuador realizaron una investigación que lleva por título Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor con el objetivo de “presentar un estudio que demuestre la importancia de realizar actividades físico-recreativas como medio para mejorar la autoestima en los adultos mayores”. (Calero, Klever, Ramiro, & Rodríguez, 2016)

El método usado fue que “se aplicó un cuestionario para medir la autoestima (Test de Rosenberg) a una muestra de 20 adultos mayores. Se aplica un grupo de actividades físico-recreativas diseñadas según las características y gustos de la muestra estudiada” (Calero, Klever, Ramiro, & Rodriguez, 2016). Y de esta forma realizar una comparación en base a cómo influye la actividad física en sus estados de ánimo.

Los resultados del post test obtenido demuestran un incremento de la autoestima en 5,85 puntos porcentuales, lo que equivale al 14,63 por ciento de mejora en la autoestima general, aspecto reforzado con la Prueba de los Rangos con Signo de Wilcoxon, la cual demuestra una diferencia significativa entre el pretest y el postest aplicado ($p=0,000$). (Calero, Klever, Ramiro, & Rodriguez, 2016)

Concluyen diciendo que “las actividades físico-recreativas diseñadas son determinantes para el mantenimiento de la salud física y mental como medio de obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, incrementando la autoestima” (Calero, Klever, Ramiro, & Rodriguez, 2016). Observando que las actividades son parte importante de la buena salud mental en el adulto mayor.

En otra investigación llamada, Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Con el objetivo general “describir los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor (Llanes, Lopez, Vasquez, & Hernandez, 2015). Ahora según lo dicho antes, observamos que los investigadores coinciden en lo importante de cuidar la psiquis del adulto mayor para el mejoramiento de la calidad de vida dirigiendo su investigación a través de estos objetivos.

Método del estudio es exploratorio, descriptivo, de corte transversal de enero a diciembre del 2012, en el Policlínico Docente “Felipe Poey”, área de salud de Nueva Paz, la muestra de 146 ancianos, seleccionados por criterio opinático con criterios de inclusión determinados, se le aplicó un cuestionario, explorando variables edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión; con una Escala de Depresión

Geriátrica para conocer el comportamiento de la enfermedad. (Llanes, Lopez, Vasquez, & Hernandez, 2015)

Resultados: predominó el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26,04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78, 08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56, 85 %, entre los síntomas psicósomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %. (Llanes, Lopez, Vasquez, & Hernandez, 2015)

Conclusiones: son múltiples los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor. (Llanes, Lopez, Vasquez, & Hernandez, 2015)

En otro estudio semejante realizado en el Ecuador llamado Estudio comparativo de las capacidades físicas del adulto mayor: rango etario vs actividad física, por investigadores de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. Ecuador y Universidad Técnica del Norte. Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología. Ecuador. Con un objetivo de “determinar la condición física (fuerza, flexibilidad y equilibrio) de adultos mayores con una diferencia significativa en su rango etario y su nivel de actividad física” (Mario, y otros, 2017). De esta forma as tres investigaciones establecen como hipótesis el desarrollo de la actividad física para fortalecer la salud del adulto mayor.

Métodos: se estudiaron dos muestras independientes (Grupo 1: 6 adultos mayores, 82,5 años, y Grupo 2: 4 adultos mayores, 66,5 años; Diferencia: ± 16 años), poseyéndose solo el primer grupo entrenamiento físico a través de actividades físico-recreativas adaptadas a sus necesidades. Se aplicaron a ambos grupos diversas pruebas de valoración del rendimiento (Chair-sit and reach test, Back Scratch Test, Chair stand test, Arm curl test, y Static Balance test),

comparándose los resultados entre grupos con la Prueba U de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$). Por otra parte, se estudian dos grupos adicionales de los mismos centros del adulto mayor que las muestras anteriores (Grupo 3: 7 adultos mayores: 85-99 años, y Grupo 4: 11 adultos mayores: 80-100 años), a través del Cuestionario IPAQ corto, valorándose de manera teórica sus condiciones físicas, las características de tener un rango etario similar aunque sin entrenamiento físico por parte de sus centros del hogar. (Mario, y otros, 2017)

Resultados: el Arm curl test derecho (D) e izquierdo (I) determinaron mejores rangos promedios para el Grupo 1 (RP: D 6,17, y RP: I: 6,25), al igual que el Chair Stand Test (RP: 6,67), el Back Scratch Test (RP: 4,50) y el Chair-Sit and Reach Test derecho e izquierdo (RP: D 5,83, y RP: I 6,83), con excepción del Static Balance Test derecho e izquierdo que determinó mejores rangos promedios en el Grupo 2 (RP: D 7,75, y RP: I 6,50), existiéndose en la mayoría de las pruebas una diferencia no significativa. Por otra parte, el Grupo 3 presentó mejores indicadores teóricos de potencialidad física (Moderado) que el Grupo 4 (Baja). (Mario, y otros, 2017)

Conclusiones: se demuestra que independientemente del rango etario, un grupo puede tener una edad significativamente mayor y poseer mejores indicadores físicos si práctica actividad física especializada que un grupo de rango etario significativamente menor pero que no práctica actividad física, estimulando incluso a otros sujetos sin actividad controlada a tener mejores indicadores físicos. (Mario, y otros, 2017)

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

Si aplicamos los apropiados cuidados de enfermería mejorara la calidad de vida en adulto mayor del centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. De mayo a septiembre del 2019.

2.2.2 Hipótesis específicas

Si identificamos la condición de salud de los adultos mayores del centro gerontológico antes de y después de la aplicación de los cuidados de enfermería, entonces podríamos verificar el mejoramiento de la calidad de vida.

Si analizamos y registramos los indicadores de salud que se vinculan con el mejoramiento de la calidad de vida podremos determinar cómo cambian con la ejecución de los apropiados cuidados de enfermería.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes

Cuidados de enfermería

2.3.2 Variables Dependientes

El adulto mayor

2.3.3 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión categórica	Indicador	Índice
Adulto mayor	La expresión tercera edad es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas.	Enfermedades del adulto mayor	Agudas	-Enfermedad isquémica del corazón -Ataque cerebral -Bronquitis -Neumonía -Enfermedades diarreicas -Malaria
			Crónicas	-Cáncer -Hipertensión -Diabetes mellitus -Insuficiencia cardíaca -EPOC -Alcoholismo -Sordera
		Estado de salud	Signos vitales	-Pulso -Frecuencia cardíaca -Frecuencia respiratoria -Presión arterial -Temperatura

			Medidas antropométricas	-Talla -Peso -Perímetro pantorrilla -Perímetro cintura -Perímetro cadera
			Antecedentes	-Familiares -Personales
		Discapacidad física	Sensoriales	-Visión -Audición -Gusto -Olfato
			Motrices	-Paresias -Plejias -Monoplejia -Diaplejía -Paraplejia -Cuadriplejia
		Estado psicológico	Estado de emocional	-Alegría -Tristeza -Miedo -Ira
			Deterioro cognitivo	-Leve -Demencia leve -Demencia moderada -Demencia grave
		Factores de riesgo	Edad superior a 80 años	-Mayor de 80 -Menor de 80
			Enfermedades	-Crónicas -Agudas
			Manifestaciones clínicas de enfermedad	-En relación a la enfermedad -Sin relación a la enfermedad
Cuidados de enfermería	Son todos los procesos de atención de la especialidad de enfermería dirigidos a una persona o grupo determinado.	Examen físico	Cefalocaudal	-Cabeza -Cuello -Tórax -Abdomen -Extremidades superiores -Extremidades inferiores
				Cuidados órganos sensoriales
		Audición	-Sustancialmente comprometido	
		Olfato	-Moderadamente comprometido -Levemente comprometido -No comprometido	
Aparatos y sistemas	Respiratorio	-Desviación grave del rango normal		

				<ul style="list-style-type: none"> -Desviación sustancial del rango normal -Desviación moderada del rango normal
			Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> -Desviación leve del rango normal -Sin desviación del rango normal
			Musculo esquelético	<ul style="list-style-type: none"> -Gravemente comprometido -Sustancialmente comprometido -Moderadamente comprometido -Levemente comprometido -No comprometido
			Nervioso	
		Alimentación	IMC	<ul style="list-style-type: none"> -Bajo peso -Normal -Sobrepeso -Obesidad -Obesidad mórbida
		Actividad y reposo	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> -Gravemente comprometido -Sustancialmente comprometido -Moderadamente comprometido -Levemente comprometido -No comprometido
			Sueño descanso	
		Afectividad		<ul style="list-style-type: none"> -Grave -Sustancial -Moderado -Leve -Ninguno

CAPITULO III.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

El método a aplicar en la presente investigación es el Hipotético – Deductivo, por la forma en cómo se adapta a las necesidades del estudio.

Aplicaremos este método hipotético – deductivo porque para crear la hipótesis general y específicas los investigadores harán uso de la observación como técnica de investigación, y con esto hacer comparaciones con la experiencia de la aplicación del proyecto, partiendo de hechos generales comprobados a otros específicos. De esta forma dar origen a nuevos conocimientos científicos.

3.2 Modalidad de investigación

La modalidad que seguirá esta investigación es de tipo cuali-cuantitativa, debido a la forma en cómo se recogerán y presentaran los datos. Cualitativa porque mediremos características y situaciones. Cuantitativa por la naturaleza de la información de ciertos instrumentos de medición.

3.3 Tipo de Investigación

El tipo de investigación a desarrollar según el propósito es cuasi experimental, según el lugar es de campo, según dimensión temporal es transversal.

Es cuasi experimental porque se intervendrá modificando variables, pero no en su totalidad. Específicamente alterando las variables relacionadas a los cuidados de enfermería, en condiciones controladas y sujetas a observación.

La investigación es de campo porque el estudio se realiza en el lugar donde se produce a problemática, como en este caso en particular en el Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo.

Según la dimensión temporal es transversal porque se estudiara a los sujetos durante un tiempo determinado y corto.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

Para el desarrollo de la investigación haremos uso de las siguientes técnicas:

- Análisis de contenido
- Observación
- Test

3.4.2 Instrumento

Y de acuerdo a estas técnicas estableceremos los siguientes instrumentos de medición:

- Cuestionario
- Fichas de registro
- Balanza
- Cinta métrica
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Oxi-Pulsímetro
- Termómetro
- Escala de HAMILTON

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población total del centro Gerontológico es de 69 sujetos, número que se divide entre residentes y quienes acuden en jornadas matutinas. Datos que fueron obtenidos en el mismo Centro con las debidas justificaciones solicitadas por el distrito del MIES al que pertenece.

3.5.2 Muestra

Debido al reducido número de la población los investigadores trabajaron con la totalidad de la población. Se eligió a los usuarios diurnos y residentes del Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo porque cumplen con la característica principal de los sujetos de estudio, la edad. La muestra es el número total de sujetos (69).

3.6 Cronograma del Proyecto

N°	Meses seme Actividades	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiem bre				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Selección de tema			■	■	■																
2	Aprobación del tema					■	■	■														
3	Recopilación de la información								■													
4	Desarrollo del capítulo I									■												
5	Desarrollo del capítulo II										■											
6	Desarrollo del capítulo III											■										
7	Elaboración de las encuestas												■	■								
8	Aplicación de las encuestas														■							
9	Tamización de la información															■						
10	Desarrollo del capítulo IV																■					
11	Elaboración de las conclusiones																	■				
12	Presentación de tesis																		■			
13	Sustentación de la previa																			■		
14	Sustentación																				■	■

3.7. Recursos

3.7.1. Recursos humanos

Recursos Humanos	Nombres
Primer Investigador	Pablo Ariel Diaz Vasconez
Segundo Investigador	Sulma Yarisamar Sabando Barcia
Asesor del Proyecto de Investigación	Dr. Francisco Alejandro Villacres Fernández

3.7.2. Recursos económicos

Recursos Económicos	Inversión
Primer material escrito en borrador	20
Copias de fichas de medidas antropométricas y signos vitales	15
Copias de Test de Hamilton	15
Balanza	50
Oxi-pulcmetro	25
Tensiómetro	15
Estetoscopio	20
Cinta métrica	1
Movilización y transporte	40

3.8. Plan de tabulación y análisis

Luego de la recolección de los datos antropométricos y de signos vitales usando fichas de observación, que fueron aplicadas antes y después de la ejecución de los cuidados, procedimos a la organización de la información recopilada a través de herramientas como Microsoft Excel. De esta forma creamos una base de datos.

3.8.1. Bases de datos

Para la recopilación de la información procedimos a realizar toma de signos vitales y de medidas antropométricas antes y después de la aplicación de los cuidados a la muestra previamente seleccionada. Todos estos datos fueron registrados en fichas de observación y cuadernos de campo.

Luego de la obtención de la información, fue transferida a un programa informático llamado Microsoft Excel de la plataforma de computadoras personales que lleva por

nombre Windows. Permitted la creación de una base de datos dinámica y confiable, con códigos definidos que dieron paso a la interpretación de la información.

3.8.2. Procesamiento y análisis de los datos

Después de recibir y procesar los datos los investigadores continuaron con el análisis de los datos empleando el programa informático llamado Microsoft Excel de la plataforma de computadoras unipersonales que lleva por nombre Windows. A través de este programa se realizó análisis univariados y bivariados los cuales son representados en los gráficos y tablas que se encuentran a continuación.

Verificamos los grados de significancia estadística entre las variables con la prueba de correlación de Pearson.

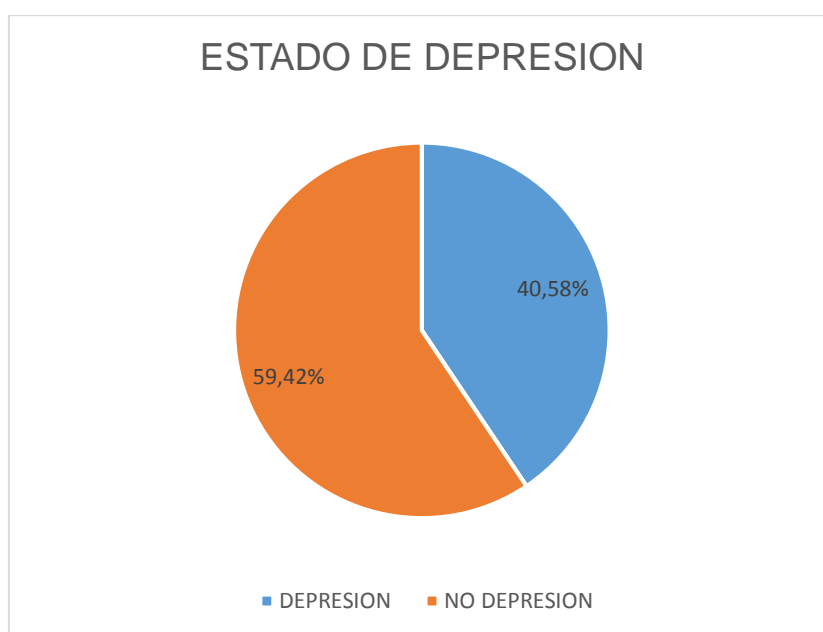
CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

4.1.1. Estado de salud de los adultos mayores previo a la aplicación de los cuidados

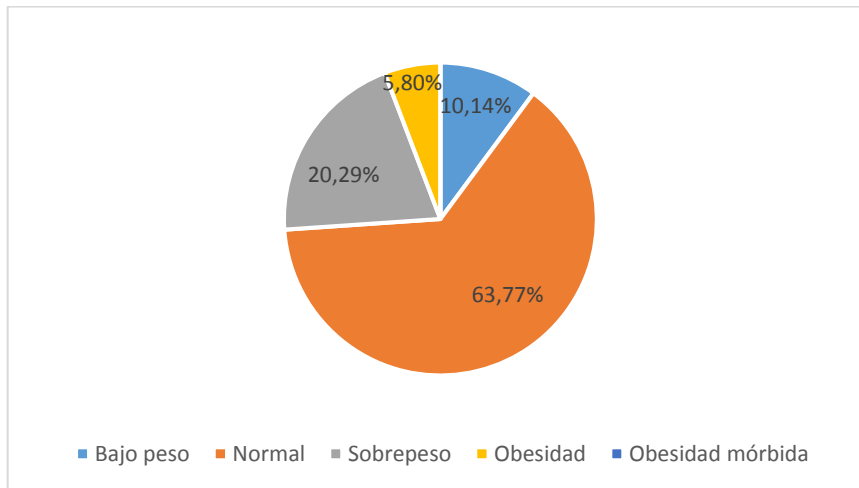
Grafico 1. Estado de depresión del adulto mayor



Fuente: Test de Hamilton

Análisis: Después de realizar el test se observó que del 100% de los adultos mayores un 40.58% presenta rasgos de depresión con la tendencia a aumentar con el tiempo. Al someterse por prolongados periodos de tiempo bajo ese estado resultan como consecuencia otras patologías limitándolos de realizar sus actividades diarias con normalidad.

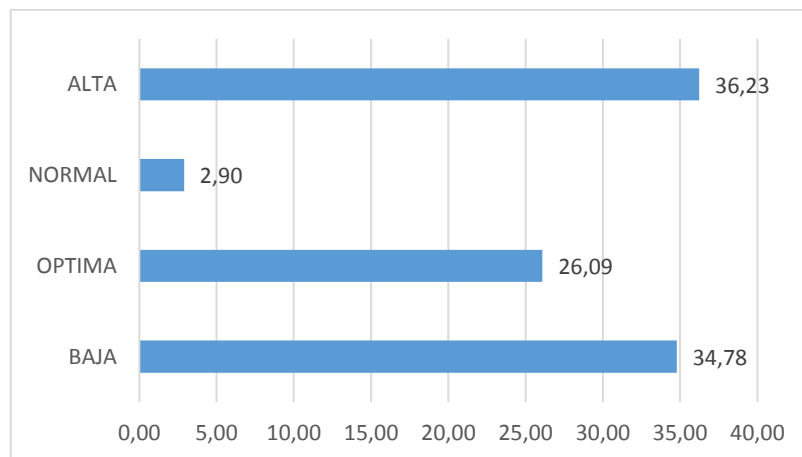
Grafico 2. Estado del IMC



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: El 63.77% tiene un índice de masa corporal normal, y el 26.9% tiene un índice de masa corporal dentro de la categoría de obesidad, con los resultados de esta tabla comprobamos que en su mayoría tienen un índice de masa corporal adecuado para su edad, pero que el otro grupo necesita realizar más actividades físicas y evitar el sedentarismo.

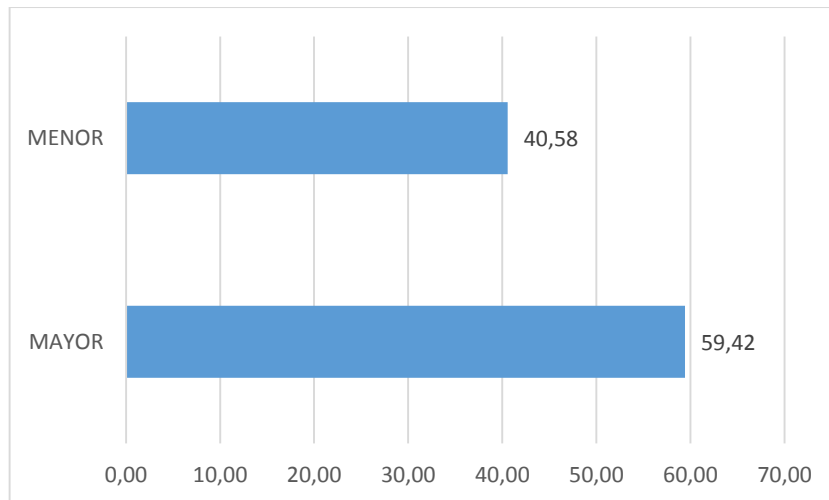
Grafico 3. Estado de la presión arterial



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: Según los datos recogidos al inicio de las intervenciones el 36% mantienen la presión arterial alta, estos rangos nos demuestran que por sus enfermedades crónicas mantienen la presión arterial en estos niveles, es posible que no se lleve un buen control de los medicamentos antipertensivos.

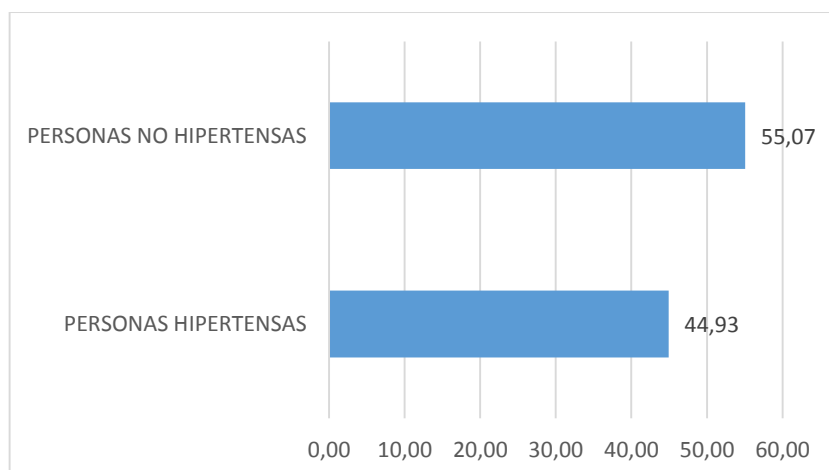
Grafico 4. Diferencia de edades entre 80 años



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: El 59% de adultos tienen más de 80 años, en este gráfico podemos verificar que en su gran mayoría los adultos tienen una edad avanzada, son los que más atenciones requieren y con mayor cuidado por sus limitaciones físicas, mentales y espirituales.

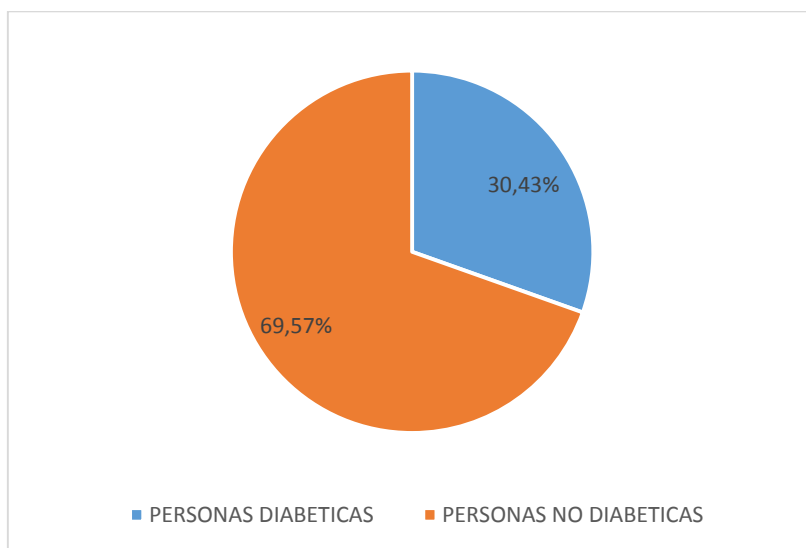
Grafico 5. Estado de hipertensión arterial



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: De las enfermedades crónicas más relevantes tenemos la hipertensión arterial el 45% la padece, esto es de preocupación para los profesionales quienes tratan con estas personas, por la multiplicidad de problemas que trae consigo esta enfermedad

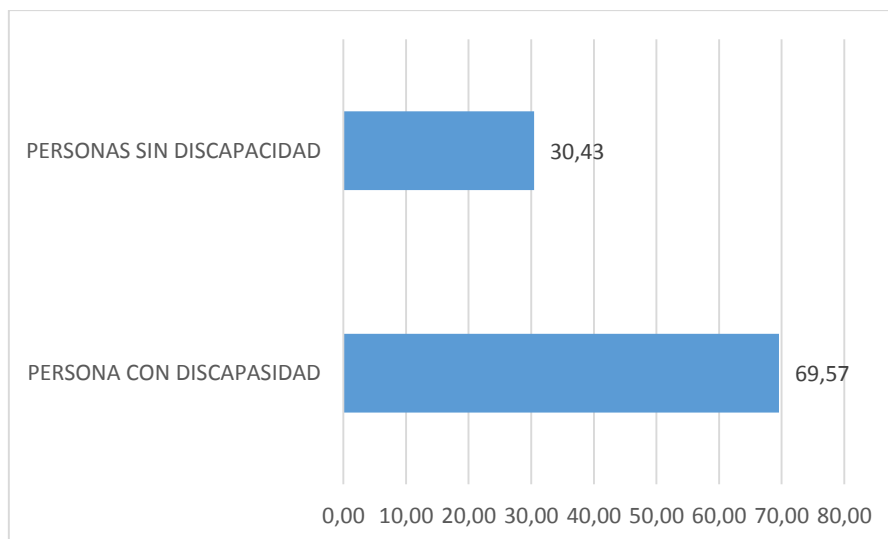
Grafico 6. Estado de la diabetes en el adulto mayor



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: La diabetes es otra de las enfermedades más comunes en el adulto mayor, el 30,43% son personas que padecen diabetes, esta grafico nos refleja que se requiere de control permanente, acompañado de ejercicios diarios y alimentación adecuada para su condición.

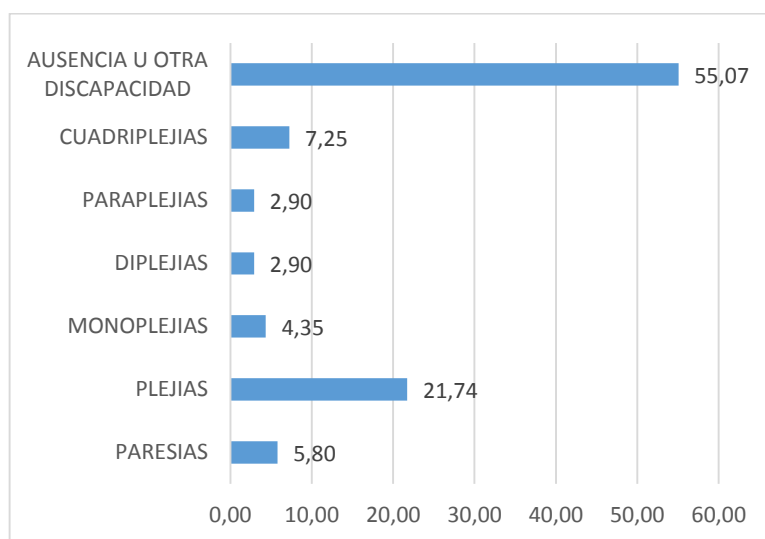
Grafico 7. Estado de discapacidad en el adulto mayor



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: El 65% de adultos mayores padecen de discapacidad, lo que crea un problema adicional en su capacidad de valerse por sí mismos.

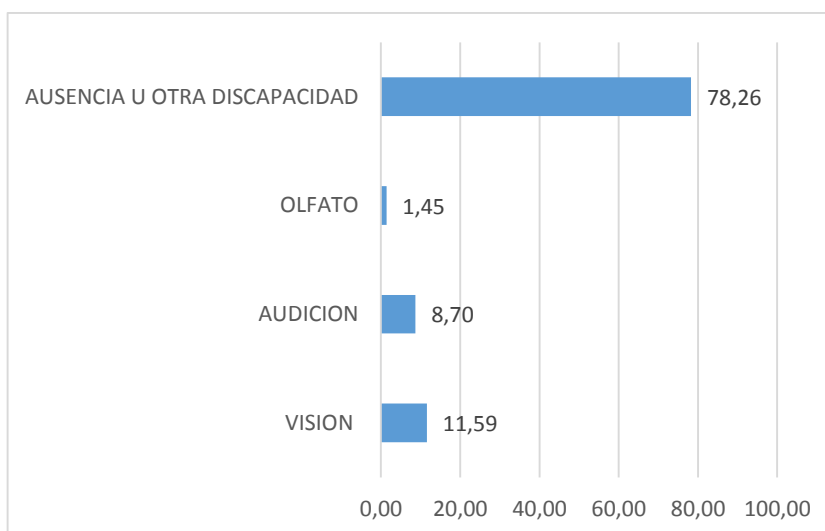
Grafico 8. Discapacidad motriz



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: la discapacidad motriz es muy común en el adulto mayor, según los datos expresados en este grafico podemos verificar que entre las discapacidades motrices tenemos las Plejias como la más frecuente. Este es un grupo que necesita un especial cuidado, porque por si mismos no podrían lograr la autosuficiencia.

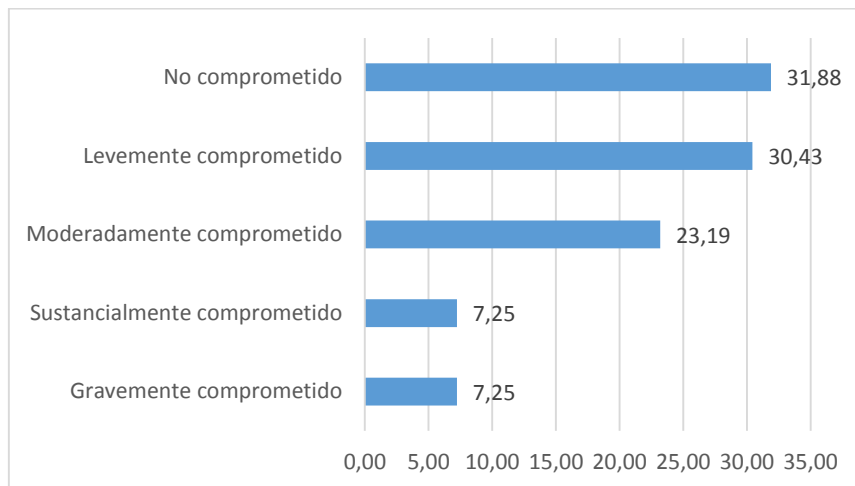
Grafico 9. Discapacidad de órganos sensoriales



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: según los datos expresados en esta grafica el 11.59% de los adultos mayores tiene problemas de visión y un 8.70% padece de problemas de problemas de audición. Este es un grupo el cual requiere atención más específica y orientada a eliminar las barreras productos de sus discapacidades.

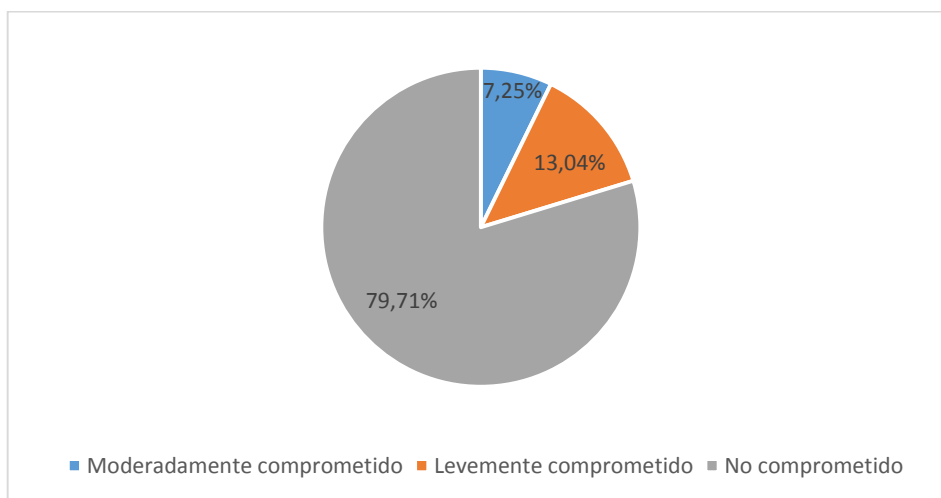
Grafico 10. Patrón cardiovascular nivel de afectación



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: del 100% de los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo el 31% de adultos padecen del patrón cardiovascular con ellos se les adapto la rutina de ejercicios diarios y alimentación sana para evitar cualquier evento adverso.

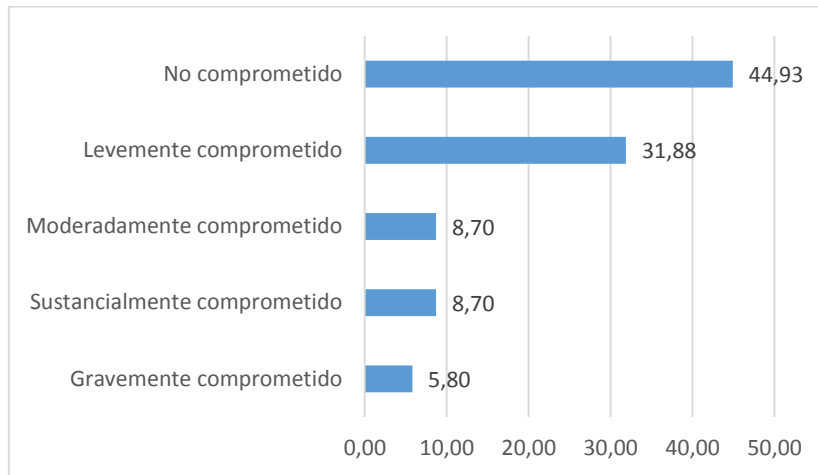
Grafico 11. Patrón nervioso grado de afectación



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: del 100% de los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo el 79,71% no tiene comprometido el patrón nervioso pero el 7,25% si tiene moderadamente comprometido el patrón nervioso, con estos adultos debemos transmitirle mucha seguridad, confianza, y tranquilidad ya que ellos que alteran con facilidad.

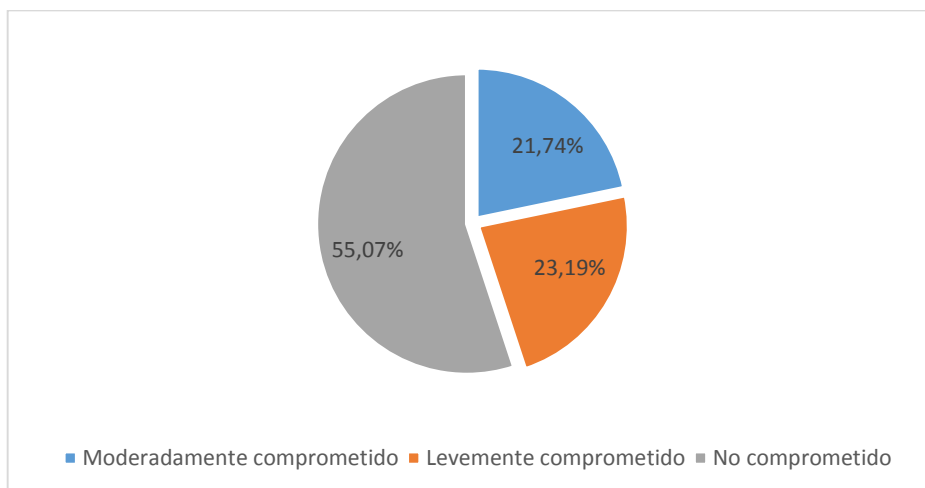
Grafico 12. Patrón actividad ejercicio nivel de afectación



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: del 100% de los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo el menos porcentaje tiene comprometido el patrón de la actividad el cual ayudamos a los adultos a ejercitarse diariamente y a emplear el tiempo libre en actividades que seas beneficiosas para su salud y su mente

Grafico 13. Patrón sueño descanso nivel de afectación

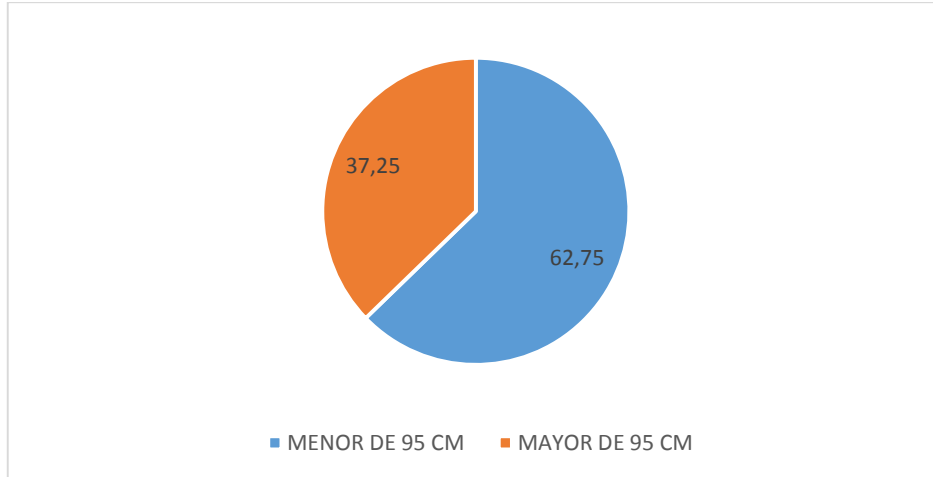


Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: del 100% de los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo podemos constatar que menos de la mitad de adultos tienen leve y moderadamente comprometido el patrón del sueño con ellos debemos estar pendientes de su medicación diaria y de que cumplan con todas las actividades diarias adaptadas.

4.1.2. Medidas antropométricas y signos vitales relevantes en su estado anterior a los cuidados

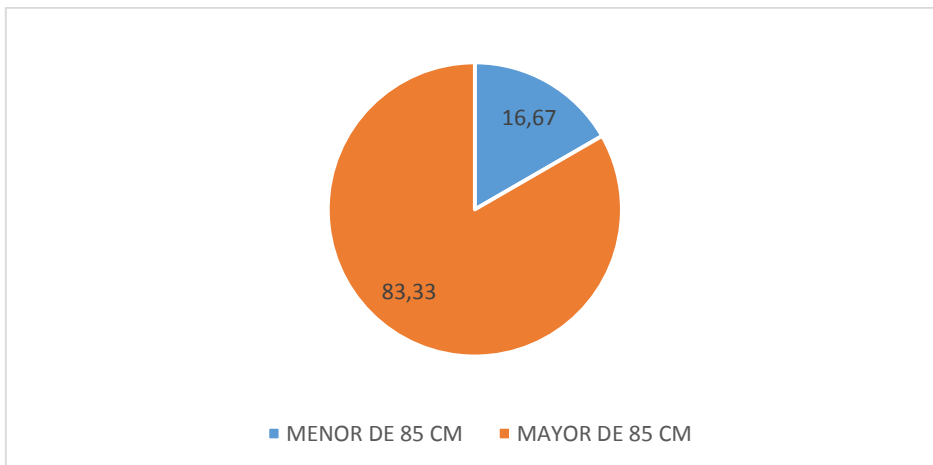
Grafico 14. PERIMETRO CINTURA HOMBRES



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: En el manual de protocolos de atención al adulto mayor establece un número de referencia de 95 cm para los hombres. Si el valor es superior el riesgo de problemas cardiovascular es superior al de los que el valor es menor. Tenemos que un 37.25% es mayor.

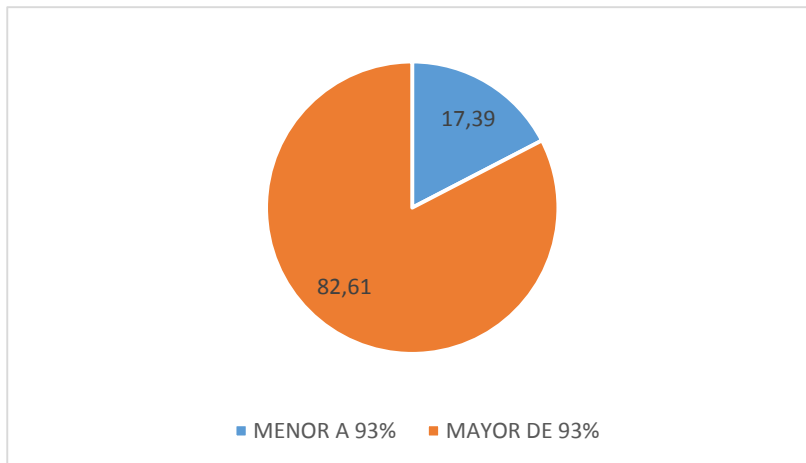
Grafico 15. PERIMETRO CINTURA MUJERES



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: en el manual de protocolos de atención al adulto mayor establece un número de referencia de 85 cm para las mujeres. Si el valor es superior el riesgo de problemas cardiovascular es superior al de los que el valor es menor. Tenemos que un 83.33% es mayor

Grafico 16. Saturación de oxígeno

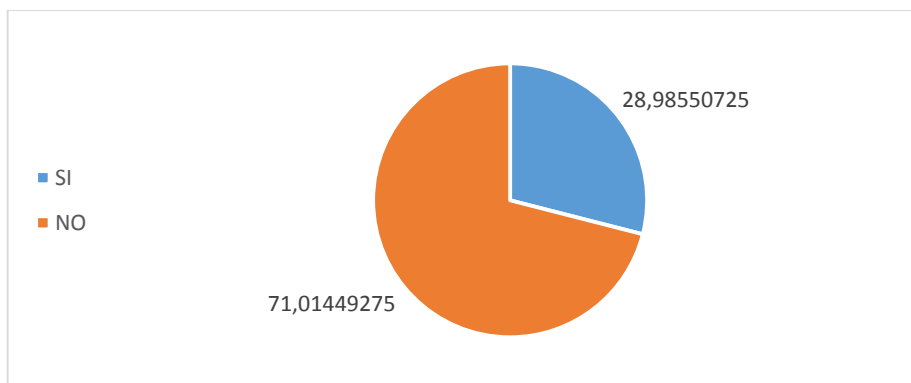


Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: del total de los adultos mayores tenemos que 17.39% al momento de la medición de la saturación de oxígeno en sangre mostraron valores menores a lo normal, que puede deberse a otros problemas asociados a la respiración. El otro 82.61% se mantuvo dentro de los valores normales.

4.1.3. Estado de salud de los adultos mayores previo a la aplicación de los cuidados

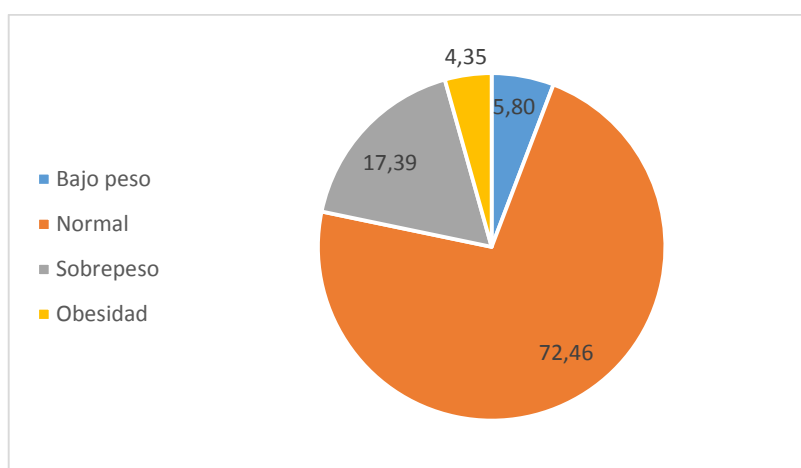
Grafico 17. Estado de depresión



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: Luego de la aplicación de los cuidados, de los adultos mayores un 28.99% presenta rasgos de depresión con la tendencia a disminuir con el tiempo. La aparición de la depresión se debe a una multitud de problemas, que a través de los cuidados de enfermería disminuyen, y de igual forma la depresión.

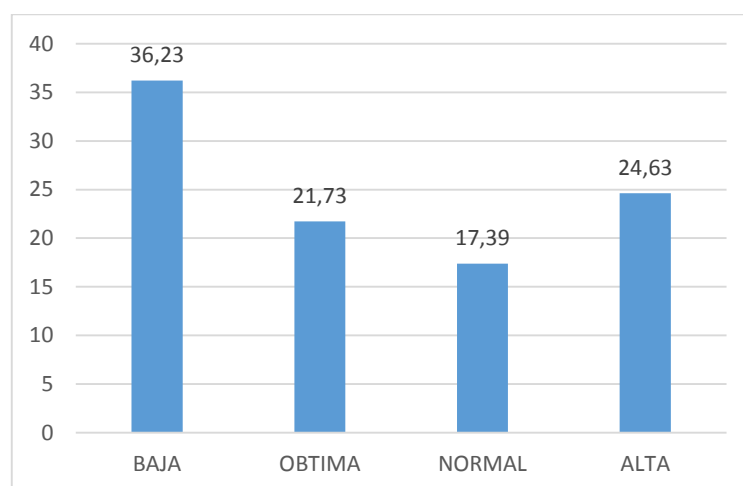
Grafico 18. Estado del IMC



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: El 72.46% tiene un índice de masa corporal normal, y el 21.74% tiene un índice de masa corporal dentro de la categoría de obesidad, con los resultados de esta tabla comprobamos que en su mayoría tienen un índice de masa corporal adecuado para su edad, pero que el otro grupo necesita realizar más actividades físicas y evitar el sedentarismo.

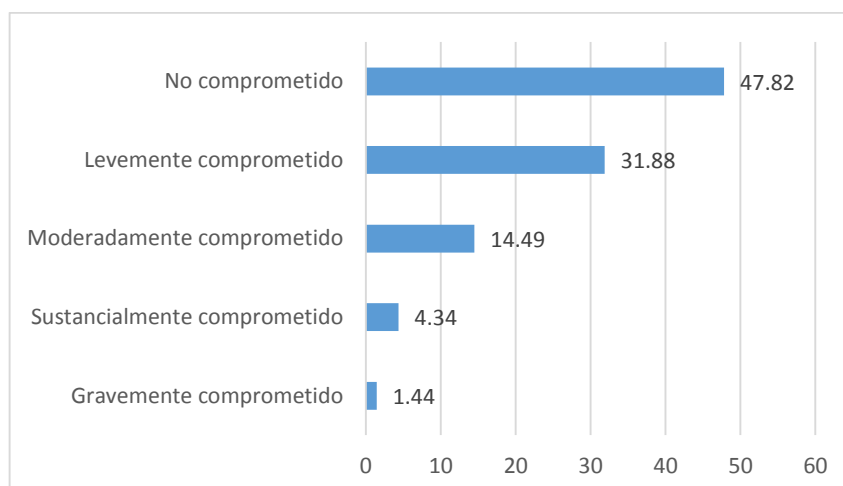
Grafico 19. Presión arterial



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: Según los datos recogidos al final de las intervenciones el 75.36% mantienen la presión arterial dentro de los rangos normales, el llevar un buen control de los medicamentos antipertensivos junto al resto de las actividades y la reducción del estrés contribuyeron a mejorar este indicador.

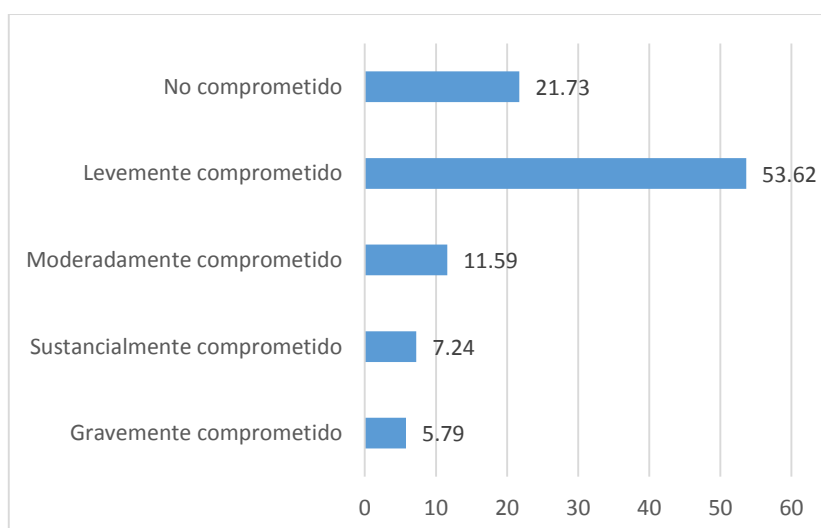
Grafico 20. Estado respiratorio



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis. Después de la aplicación de los cuidados de enfermería el 47.83% de los adultos mayores su estado respiratorio normal no se vio afectado y un 31.88% de forma leve. De esta forma más de la mitad mero su capacidad respiratoria como consecuencia de los ejercicios diarios.

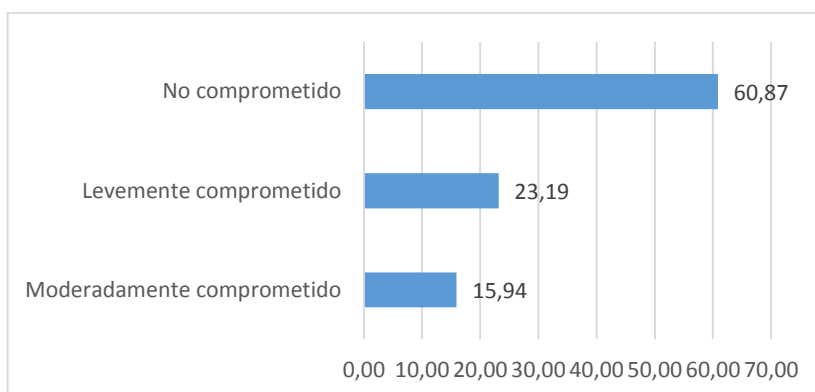
Grafico 21. Estado muscular



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: del total de los adultos mayores que participaron del desarrollo de la investigación el 75.36% mantuvo un buen estado muscular y de movimiento después de la aplicación de los cuidados de enfermería mejorando el mantenimiento de la movilidad.

Grafico 22. Estado de sueño o descanso

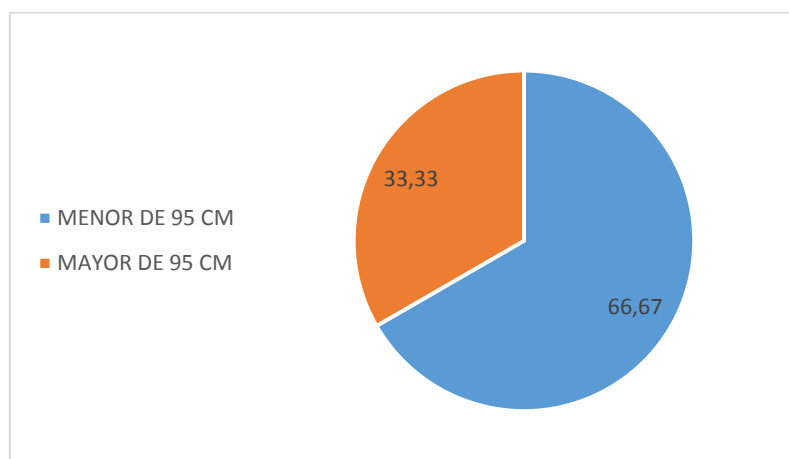


Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: De los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo podemos observar que el 60.87% no está comprometido. Solo el 15.94% en la escala se encuentra moderadamente comprometido. Verificando de esta forma le mejoría constante que tiene este indicador.

4.1.4. Medidas antropométricas y signos vitales relevantes en su estado anterior a los cuidados

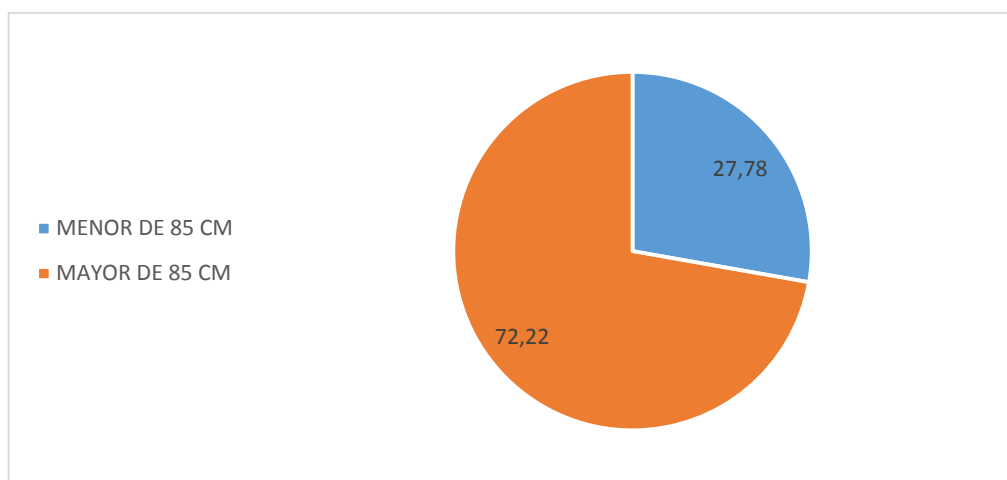
Grafico 23. Perímetro de cintura



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: En el manual de protocolos de atención al adulto mayor establece un número de referencia de 95 cm para los hombres. Si el valor es superior el riesgo de problemas cardiovascular es superior al de los que el valor es menor. Tenemos que un % es mayor.

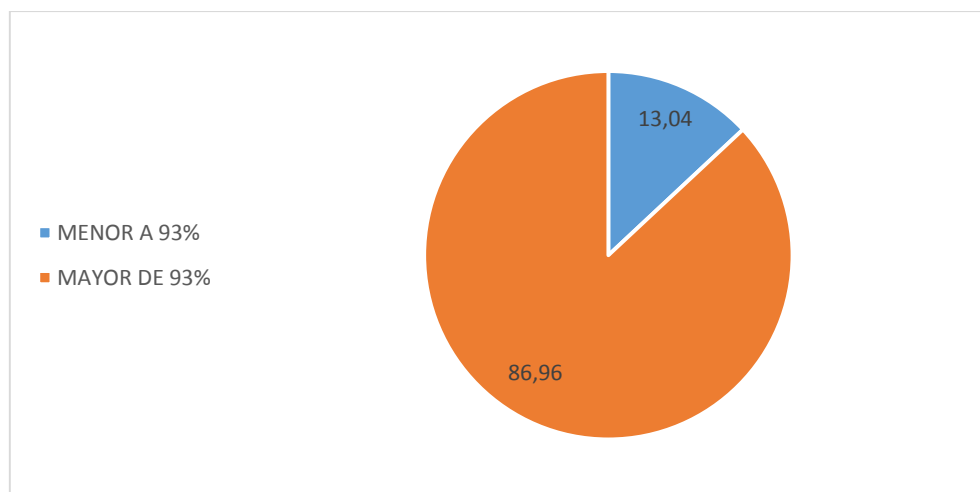
Grafico 24. Perímetro de cintura mujeres



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: En el manual de protocolos de atención al adulto mayor establece un número de referencia de 85 cm para las mujeres. Si el valor es superior el riesgo de problemas cardiovascular es superior al de los que el valor es menor. Tenemos que un 72.22% es mayor.

Grafico 25. Saturación de oxígeno

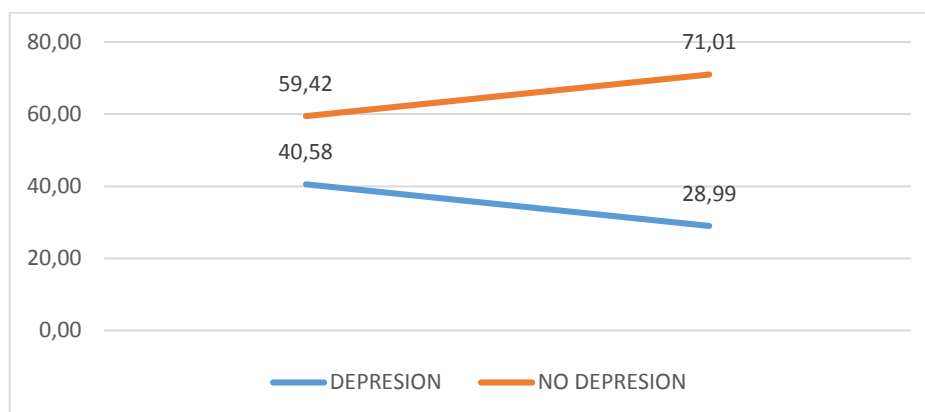


Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: Del total de los adultos mayores tenemos que 13.04% al momento de la medición de la saturación de oxígeno en sangre mostraron valores menores a lo normal, que puede deberse a otros problemas asociados a la respiración. El otro 86.96% se mantuvo dentro de los valores normales.

4.1.5. Comprobación de hipótesis

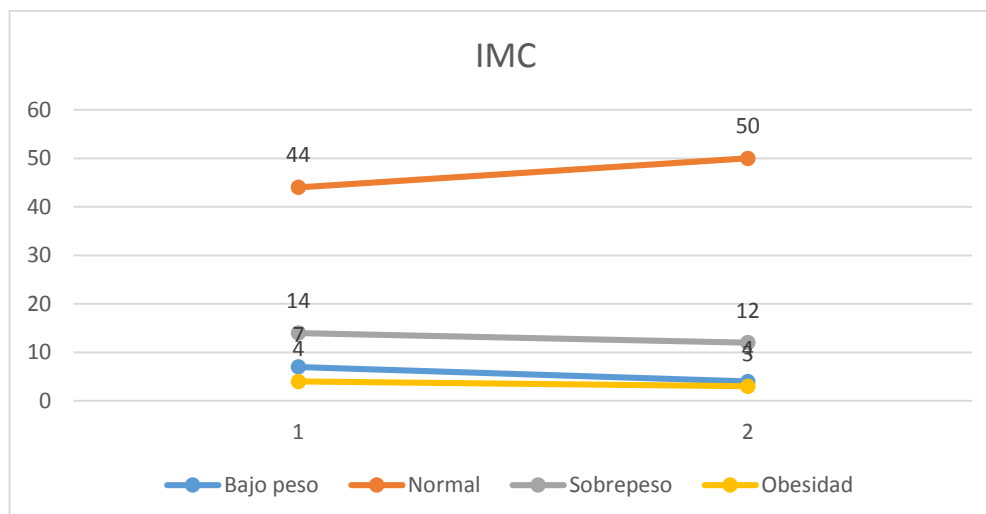
Grafico 26. Estado de depresión, antes y después



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

ANALISIS: Podemos apreciar en la gráfica como cambia el estado de depresión al finalizar las actividades de atención de enfermería llegando al 71.01%. Comprobando de esta forma que los cuidados aplicados fueron los más adecuados.

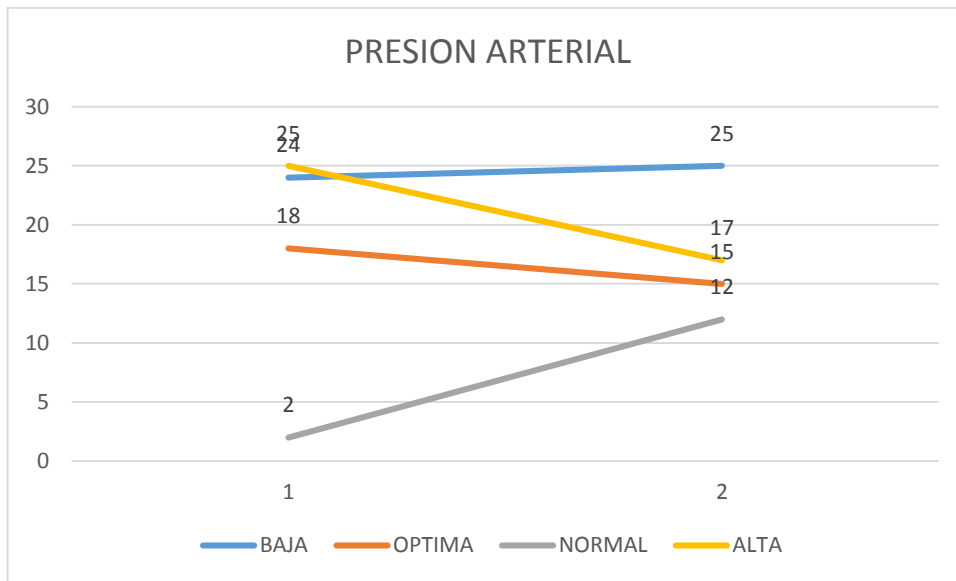
Grafico 27. IMC, antes y después



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: observamos como el índice de masa corporal muestra una tendencia a una categoría normal, mientras que los diferentes grados de obesidad tienden a descender. Entendemos por esto que una adecuada rutina de ejercicios con el pasar del tiempo mejora la calidad de vida del adulto mayor.

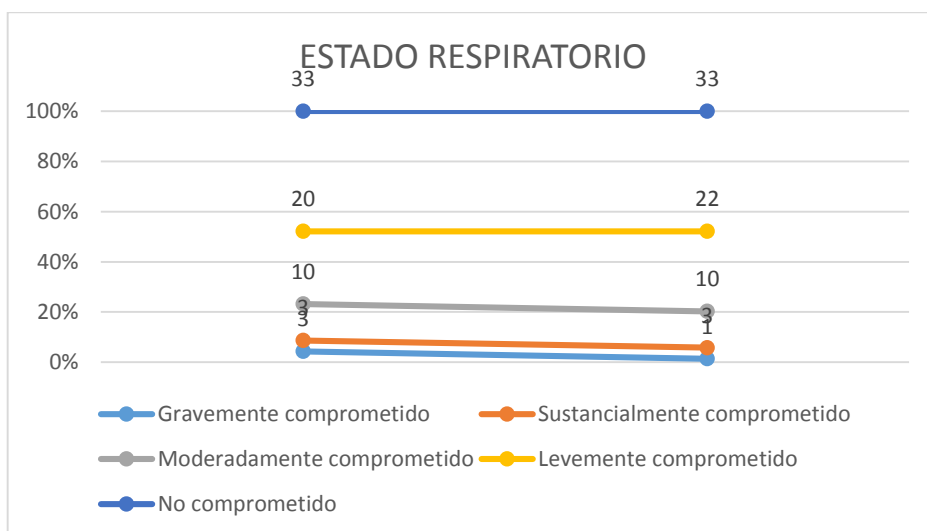
Grafico 28. Presión arterial, antes y después



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: después de la aplicación de los cuidados, refiriéndonos a ellos de forma general podemos decir que influyen a un significativo mejoramiento del estado de la presión arterial. Además el manejo adecuado de los medicamentos como cuidado de enfermería es parte importante de su mejoramiento.

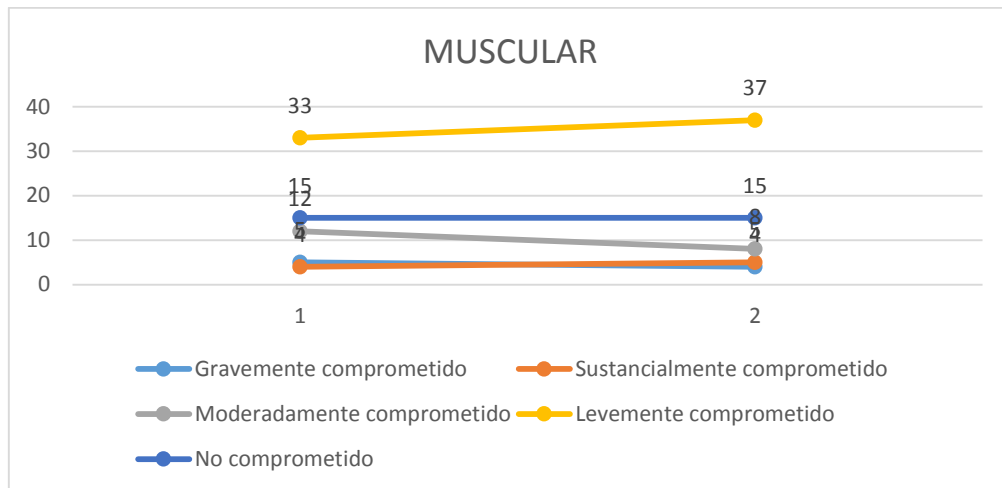
Grafico 29. Estado respiratorio, antes y después



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: podemos interpretar que la tendencia de la categoría de estado respiratorio grava es en descenso. El estado respiratorio mejora en función de un adecuado manejo y mantenimiento de las vías aéreas, y el ejercicio.

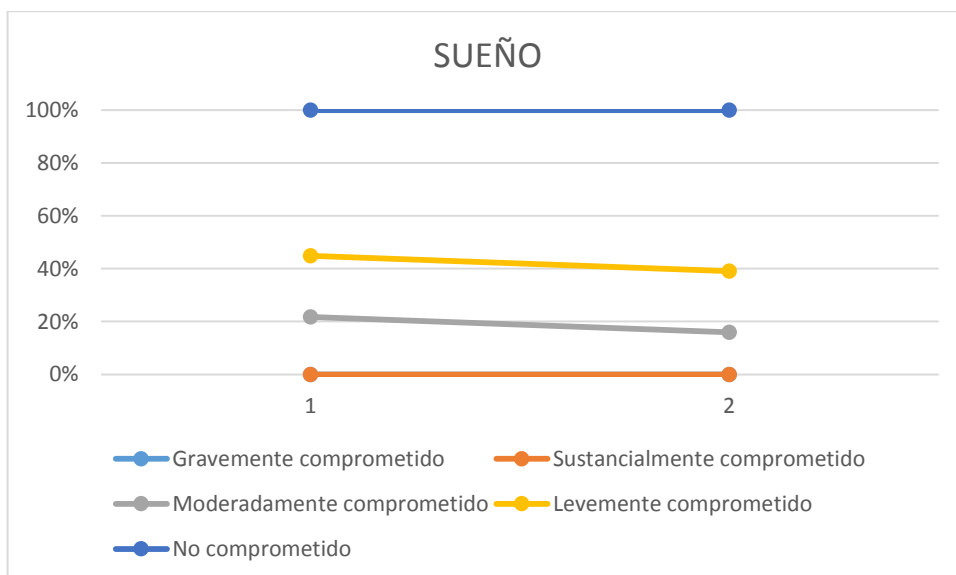
Grafico 30. Estado muscular, antes y después



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis. Después de la recolección de los datos al finalizar los cuidados, observamos que a pesar que parte de los sujetos que participaron en la investigación presentan discapacidades motrices, mejoro las capacidades de traslación lo que atribuimos a la aplicación de ejercicios físicos.

Grafico 31. Estado de sueño, antes y después



Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis. Podemos apreciar una disminución de las categorías de afectación del estado del sueño con una tendencia a seguir disminuyendo.

Tabla 4. Relación entre el estado del sueño y la edad

ESTADO DE SUEÑO	EDAD MAYOR O MENOR DE 80 AÑOS		TOTAL
	MAYOR	MENOR	
Moderadamente comprometido	7	8	15
Levemente comprometido	10	6	16
No comprometido	24	14	38
Total	41	28	69

Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis. En la tabla podemos apreciar como el estado normal de sueño y descanso se ve mayormente afectado en las personas adultas mayores de 80 años de edad.

Tabla 5. Prueba t para medias de dos muestras emparejadas. Estado de sueño para edad.

ESTADO DEL SUEÑO SEGÚN EDAD	MAYOR DE 80 AÑOS	MENOR DE 80 AÑOS
Media	8,2	5,6
Varianza	97,2	34,8
Observaciones	5	5
Coefficiente de correlación de Pearson	0,95598711	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	1,27475488	
P(T<=t) una cola	0,13570539	
Valor crítico de t (una cola)	2,13184679	
P(T<=t) dos colas	0,27141078	
Valor crítico de t (dos colas)	2,77644511	

Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: a través de la prueba de t de Student verificamos el grado de correlación de Pearson que es de 0.95 el cual es un nivel muy alto de relación comprobado. Este indicador sirve de ejemplo para establecer el estado de salud del adulto mayor.

Tabla 6. Prueba t para medias de dos muestras emparejadas. IMC antes y después.

ESATDO DEL IMC	ANTES	DESPUES
Media	17,25	17,25
Varianza	335,5833333	492,916667
Observaciones	4	4
Coeficiente de correlación de Pearson	0,99804458	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	0	
P(T<=t) una cola	0,5	
Valor crítico de t (una cola)	2,353363435	
P(T<=t) dos colas	1	
Valor crítico de t (dos colas)	3,182446305	

Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis: el grado de correlación de Pearson es de 0.99, permite comprobar substancial cambio que se pudo verificar con el pasar del tiempo de la aplicación de los cuidados. El IMC la tendencia más marcada fue en la categoría normal.

Tabla 7. Prueba t para medias de dos muestras emparejadas. P/A, antes y después.

ESATDO DE P/A	ANTES	DESPUES
Media	17,25	17,25
Varianza	112,916667	30,9166667
Observaciones	4	4
Coeficiente de correlación de Pearson	0,72635784	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	0	
P(T<=t) una cola	0,5	
Valor crítico de t (una cola)	2,35336343	
P(T<=t) dos colas	1	
Valor crítico de t (dos colas)	3,18244631	

Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis. El estado de la presión arterial también mejoro con el pasar del tiempo. Con esta prueba se comprueba. Que la correcta administración de los medicamentos hipertensivos son los que mejoran este indicador de salud.

Tabla 8. Prueba t para medias de dos muestras emparejadas. Depresión antes y después.

<i>DEPRESION</i>	<i>ANTES</i>	<i>DESPUES</i>
Media	50	50
Varianza	177,483722	883,217811
Observaciones	2	2
Coeficiente de correlación de Pearson	1	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	1	
Estadístico t	0	
P(T<=t) una cola	0,5	
Valor crítico de t (una cola)	6,31375151	
P(T<=t) dos colas	1	
Valor crítico de t (dos colas)	12,7062047	

Fuente: Registro de medidas antropométricas y signos vitales del investigador

Análisis. El grado de relación es perfecto según la prueba, la depresión también fue un indicador principal para evaluar la calidad de vida del adulto mayor, y con esto se comprueba el marcado mejoramiento con la aplicación de los cuidados.

4.2. Análisis e interpretación de datos

La depresión es un factor que influye en la mayoría de los adultos mayores de forma negativa impidiendo la recuperación de otras patologías que quizás puedan presentar. Después de realizar el test antes de la aplicación de los cuidados de enfermería se observó que del 100% de los adultos mayores un 40.58% presentaron rasgos de depresión con la tendencia a aumentar con el tiempo.

Después de la aplicación de los cuidados, del total de adultos mayores un 28.99% presenta rasgos de depresión con la tendencia a disminuir con el tiempo. El test nos permitió verificar como las actividades incluidas en el plan de cuidados de los adultos mayores influyen de forma directa o indirecta sobre este indicador que refleja la calidad de vida de estas personas.

Al inicio se identificó que el 63.77% tenía un índice de masa corporal normal, y el 26.9% tenía un índice de masa corporal dentro de la categoría de obesidad, en una persona adulta mayor al agregarle este problema adicional de salud pueden ser afectadas con otras patologías como consecuencia de su IMC.

Al finalizar el tiempo de aplicación de los cuidados un 72.46% logro tener un índice de masa corporal normal, y el 21.74% tiene un índice de masa corporal dentro de la categoría de obesidad. La diferencia entre el antes y el después es de 8.69% de personas que mejoraron su IMC reduciendo con esto un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades.

Al primer contacto el 59% de adultos tenían más de 80 años, podemos verificar que en su gran mayoría los adultos tienen una edad avanzada, en la evaluación de la salud como grupo, podemos afirmar que a partir de esta edad se considera como otro indicador de riesgo en el desarrollo de patologías que limitan su autonomía. También en tablas cruzadas se comprobó que este grupo también es el que más enfermedades y discapacidades presentaba.

De acuerdo al manual de protocolos de atención al adulto mayor del MSP establece un número de referencia del perímetro de cintura de 95 cm para los hombres. Si el valor es superior el riesgo de problemas cardiovascular es superior al de los que el valor es menor. Tenemos que un 37.25% es mayor, que los convierte en un grupo que necesita atención, orientada precisamente a disminuir ese indicador.

De igual forma tenemos que en el manual de protocolos de atención al adulto mayor establece un número de referencia de 85 cm para las mujeres. Si el valor es superior el riesgo de problemas cardiovascular es superior al de los que el valor es menor. Tenemos que un 83.33% es mayor el número es más elevada en relación al de los hombres, diferencia que se debe a sus diferencia físicas.

Observamos que entre los adultos mayores tenemos que 17.39% al momento de la medición de la saturación de oxígeno en sangre mostraron valores menores a lo normal, que puede deberse a otro problemas asociados a la respiración. El otro 82.61% se mantuvo dentro de los valores normales. Indicador que está relacionado con el estado del sistema respiratorio. Existen muchas patologías que podrían presentar este síntoma. El cual con la aplicación de los cuidados mejoro de forma significativa.

Según los datos recogidos al final de las intervenciones el 75.36% mantienen la presión arterial dentro de los rangos normales, el llevar un buen control de los medicamentos antipertensivos junto al resto de las actividades y la reducción del estrés contribuyo a mejorar este indicador. Manifestando una línea de tendencia a mejorar en la medida que se apliquen los cuidados apropiados.

Podemos apreciar en la gráfica como cambia el estado de depresión al finalizar las actividades de atención de enfermería llegando al 71.01%. Comprobando de esta forma que los cuidados aplicados fueron los más adecuados, se puede afirmar que el indicador de depresión es uno de los más importantes para establecer la calidad de vida que tiene una persona.

Observamos como el índice de masa corporal muestra una tendencia a una categoría normal, mientras que los diferentes grados de obesidad tienden a descender. Entendemos por esto que una adecuada rutina de ejercicios con el pasar del tiempo mejora la calidad de vida del adulto mayor. De igual forma una alimentación balanceada de acuerdo a las patologías que estos presenten mejoraran el IMC.

4.3. Conclusiones

- Antes de la aplicación de los cuidados de enfermería, la calidad de vida del adulto mayor se encontraba muy deteriorada, por todos los factores de riesgo para la salud que aparecen a medida que el tiempo transcurre. Gran parte de estas personas pasan su últimos años de vida de una forma muy limitada, dependiendo de otras personas para el desarrollo de sus actividades, y esto ocurre en especial con aquellos que no reciben una atención enfermero según los parámetros de Virginia Henderson y el modelo de valoración de Marjory Gordon.
- En función de las teorizantes antes mencionadas, la aplicación de cuidados de enfermería siguiendo estos modelos en el adulto mayor, la salud mental y física alcanza un estado considerablemente aceptable de forma que también mejora la calidad de vida. Ellos se sienten más autosuficientes y realizados, al no depender de otros para realizar sus actividades diarias.
- Se comprobó que después de la aplicación de los cuidados de enfermería, los indicadores de signos vitales, medidas antropométricas, discapacidades, grados de afectación de sistemas, y el estado de depresión, permiten verificar como mejora la calidad de vida del adulto mayor desde el punto observación salud.

4.4. Recomendaciones

- Todos los profesionales de la salud deben reconocer que las personas adultas mayores requieren de cuidados especializados, si realmente queremos marcar la diferencia en los servicios de salud. Esto traerá como consecuencia la reducción en la demanda de los servicios de salud por la disminución de personas con enfermedades crónicas.
- Las instituciones gubernamentales encargadas de esta población, pueden crear nuevos programas de concientización dirigida a la población en general. Todo esto con el objeto de educar en temas de atención al adulto mayor y reducir la demanda de servicios de salud, de esta forma brindar una atención eficaz a quienes más lo necesitan.
- La Universidad Técnica de Babahoyo puede tomar en consideración este proyecto para en un futuro crear un centro de atención geriátrica, con objetivos claros de aprendizaje y de vinculación con la colectividad. De esta manera formar profesionales humanizados y capaces, también aportando a la sociedad con el mejoramiento de la salud.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

5.1. Título de la Propuesta de Aplicación

Centro de atención geriátrica ambulatoria de la Universidad Técnica de Babahoyo

5.2. Antecedentes

En la ciudad de Manta se construyó un centro de atención geriátrica que cuenta con área para terapia física, área de descanso con camas cómodas, espacio para taichi, yoga, bailoterapia, área de oficina administrativa, huertos, piscina donde habrá hidroterapia. “También se darán cursos de natación para personas con discapacidad, porque aquí también vamos a tener un proyecto enfocado a ellos”. (El Telegrafo, 2017)

En el centro se ofrecerá además servicios médicos (odontología, ginecología, pediatría, dermatología, obstetricia y medicina general) para la comunidad. “Hay una zona de influencia de más de 60 barrios, cuyos habitantes pueden acceder pagando valores módicos (\$ 5) para acceder a estos servicios”. La funcionaria resalta que la atención para los adultos mayores es gratuita. En el centro se ofrecerá además servicios médicos (odontología, ginecología, pediatría, dermatología, obstetricia y medicina general) para la comunidad. “Hay una zona de influencia de más de 60 barrios, cuyos habitantes pueden acceder pagando valores módicos (\$ 5) para acceder a estos servicios”. La funcionaria resalta que la atención para los adultos mayores es gratuita. (El Telegrafo, 2017)

En el Ecuador existen 76 establecimientos para la atención de adultos, sin embargo 66 de estos son privados por lo que la mayoría de los adultos no reciben la atención que merecen, por falta de dinero. Ante esto Fabiola Argüello, directora del Programa de Atención del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, manifestó que este organismo tiene como fin asegurar que los adultos mayores o personas de la tercera edad no sufran riesgos o sufrir enfermedades por el simple hecho de envejecer. (La Hora, 2013)

El programa de atención para los adultos mayores se basa en tres ejes de acción que se desarrollarán a nivel comunitario, ambulatorio e institucional en todo el territorio. Por otro lado se busca que las personas de la tercera edad tengan acceso a servicios hospitalarios y comunitarios con un respeto a la Ley del anciano que establece que estos grupos demográficos deben pagar sólo la mitad de los costos por tratamiento en sus enfermedades. El Ecuador dejó de tener una población eminentemente joven por esta razón es importante que el Gobierno esté listo para enfrentar enfermedades crónicas que se presentan durante la vejez. (La Hora, 2013)

5.3. Justificación

En la ciudad de Babahoyo existe un gran número de personas adultas mayores, las cuales necesitan de cuidados especiales u orientados a mejorar la calidad de vida de este grupo que por el estado es identificado entre los de riesgo.

La creación de un Centro de atención geriátrica en la Universidad Técnica de Babahoyo, beneficiara a toda esta población al mejorar su salud física y mental. Esta prestigiosa institución podría convertirse en un ejemplo de servicio y de gran humanidad, atributos que podrían ser reconocidos por la atención que presten a este grupo tan solemne.

Además de ser reconocida la UTB de esa forma, las varias facultades y escuelas podrían desarrollar actividades de aprendizaje, vinculación con la colectividad e investigación científica. También podrían instaurar las competencias que tanto necesitan los jóvenes que actualmente se forman allí, para hacer frente a la vida laboral de una forma excepcional.

De llevarse a efecto esta propuesta, podría permitir dar pasó a nuevos proyectos de vinculación con la colectividad desde un lugar que es más sencillo de controlar. También podría convertirse en un proyecto pionero que de cabida a nuevas ideas de aplicación permitiendo de esta forma el fortalecimiento practico de los estudiantes inmersos y ellos.

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo general

Creación de un Centro Geriátrico en la Universidad Técnica de Babahoyo

5.4.2. Objetivos específicos

- Gestionar con las respectivas autoridades competentes de la Universidad Técnica de Babahoyo la creación del Centro Geriátrico Ambulatorio.
- Construcción del área física donde brindaran la atención de la salud al adulto mayor.
- Identificar las escuelas y facultades que participaran en el desarrollo de las actividades diarias del Centro Geriátrico Ambulatorio.
- Asignar responsabilidades a quienes corresponda para el desarrollo de las actividades diarias del Centro Geriátrico.

5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación

Actividades y competencias por facultad y escuela

Facultad	Carrera	Actividad	
Facultad de Ciencias de la Salud.	Enfermería	Ojos	<ul style="list-style-type: none"> • Chequeo permanente de los ojos, precisando estado de los mismos • Observación del estado de lagrimeo.
		Oídos	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el riesgo de caída por pérdidas del equilibrio y del control postural. • Valorar el control postural reflejo a los tonos.
		Boca	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la causa de pérdida del apetito insistiendo en molestias a la ingestión. • Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas referida.
		Aparato respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar mediante la observación el proceso respiratorio. • Observación del tipo de tos que presente.
		Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del sistema circular arterial. Algún tipo de malestar que pudieran asociarlo a otra causa no cardiovascular. • Control de la tensión arterial.
		Sistema osteomioarticular	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar nivel de reducción de los movimientos rápidos.

		Sistema neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Observación desde el punto de vista neurológico en busca de signos que pudieran apuntar hacia causa de demencia.
		Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la ingesta hídrica, ya que el adulto es más susceptible de caer es deshidratación por las alteraciones que se producen con la edad en cuanto a la capacidad de dilución y concentración de agua. • Control de la disminución del índice de masa corporal exagerada.
		Actividad y reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necesidad de desarrollar actividades de la vida diaria. • Incentivar al ejercicio moderado según su estado de salud, recomendar realizar pequeñas • caminatas diarias.
		Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> • Dar afecto en todas las actividades de la vida estimulando a los logros positivos obtenidos durante su vida. • Lograr que nunca pierdan la autoestima, proporcionando importancia a las actividades a desarrollar.
	Fisioterapia	Programa de actividades físicas del adulto mayor	

	Laboratorio Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de automatizados. • Primera tanda de automáticos. • Validación y pase de la segunda tanda de resultados. • Realización de la rutina de microbiología y anatomía patológica. • Elaboración de informes.
	Optometría	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las capacidades visuales. • Mejora del rendimiento visual. • Labor de educación sanitaria visual. • Tallado, montaje, adaptación, suministro, verificación y control de los medios adecuados para la prevención, protección, compensación y mejora de la visión. • Adaptación, montaje y verificación de ayudas para baja visión. • Rehabilitación visual de sujetos con baja visión. • Adaptación de prótesis oculares.
	Nutrición y Dietética	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las diferentes modificaciones alimentarias a realizarse según los trastornos orgánicos que presentan las patologías prevalentes. • Adecuar los diferentes sistemas alimentarios. • Pautar el registro nutricional en la Historia Clínica del paciente. • Elaborar la historia nutricional. • Programar, formular, monitorear y evaluar planes alimentarios. • Conocer y aplicar los últimos avances científicos en materia de terapéutica nutricional de las patologías prevalentes.
	Terapia Respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación, monitoreo e interpretación cardiopulmonar y cardiovascular. • Aspectos hemodinámicos. • Electrocardiografía. • Diagnóstico cardiopulmonar no invasivo. • Pruebas de ejercicio cardiopulmonar. • Estudios del sueño.
Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales, y de la Educación.	Psicología clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación. • Diagnóstico. • Tratamiento e Intervención. • Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace. • Prevención y Promoción de la Salud. • Investigación. • Enseñanza y Supervisión. • Dirección, Administración y Gestión.

5.5.1. Estructura general de la propuesta

Para dar inicio a la propuesta las autoridades competentes deben evaluar la viabilidad del proyecto para su aplicación. Desarrollándolo en vinculación con las dos facultades participantes, Facultad de Ciencias de la Salud, de Ciencias Jurídicas, Sociales, y de la Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Después de aprobada la propuesta de aplicación, se procederá a la elección del lugar donde se construirá el área física en donde se llevaran a efectos todos los procesos de atención de los adultos mayores

Las organizaciones responsables la Facultad de Ciencias de la Salud (Bajo la guía de las autoridades generales de la UTB) y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, serán la que se encargaran de la administración de estos servicios de salud. Garantizará y tutorará la calidad de los servicios que presten los estudiantes que participen en el centro.

Para evaluar los resultados se hará un control de los adultos mayores de forma periódica, el mismo que se pondrá en contraste con los anteriores datos recogidos verificando de esta forma la línea de tendencia varia con el pasar del tiempo.

5.5.2. Componentes

Contexto	Actores	Forma de evaluar	Responsable
La propuesta de Centro de Atención Geriátrica Ambulatoria de la Universidad Técnica de Babahoyo	Universidad Técnica de Babahoyo	Control de signos vitales	Personal del MIES
		Medidas antropométricas	
	Ministerio de Inclusión Económica y Social.	Muestras de laboratorio	Docentes y estudiantes de la Universidad Técnica de Babahoyo
	Alumnos	Grado de afectación de los órganos y sistemas	
	Personas adultas mayores	Condición mental	

5.6. Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1. Alcance de la alternativa

- Crear un Centro de Atención Geriátrica Ambulatoria al cual acudan personas adultas pertenecientes a la ciudad de Babahoyo.
- Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Babahoyo.
- Formar profesionales de la salud más humanizados, competentes, y empoderados de sus carreras. Con competencias prácticas y científicas desarrolladas en una área segura de aprendizaje.
- Convertir a la Universidad Técnica de Babahoyo en un referente nacional e internacional que honra y respeta los derechos del adulto mayor, a través de servicios de salud eficaces.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alvarado, A., & Salazar, A. (Junio de 2014). Analisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Alvarez Yanez, P., Pasmíño Figueroa, L., Villalobos, A., & Villacis, J. (2010). *NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES*. Quito, Ecuador. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>
- Alvarez, Y., Pasmíño, L., Villalobos, A., & Villacis, J. (2010). *NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES*. Quito.
- Asamblea Constituyente. (2008). *CONSTITUCION DEL ECUADOR*. QUITO.
- B Kaplan, D., & J Berkman, B. (Agosto de 2016). *Religion y espiritualidad en los ancianos*. Recuperado el 17 de Julio de 2019, de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-de-la-vejez/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos>
- Calero, S., Klever, T., Ramiro, M., & Rodriguez, A. A. (Diciembre de 2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002016000400007&script=sci_arttext&tIng=pt
- CEPAL. (2001). Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>
- Chaine, G. (16 de Julio de 2016). *Disminución de la agudeza visual*. Obtenido de <https://www.emconsulte.com/es/article/221622/disminucion-de-la-agudeza-visual>
- El Telegrafo. (08 de Marzo de 2017). *El Centro Geriátrico Integral de Manta atenderá a 300 ciudadanos*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/507/1/el-centro-geriatrico-integral-de-manta-atendera-a-300-ciudadanos>
- Garcia, F. (2013). Autopercepcion de salud y envejecimiento. *Ciencia e innovacion en salud*, 73. Recuperado el 17 de Julio de 2019, de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2779/1814>
- INEC. (2018). *INEMDU*. Recuperado el 4 de Julio de 2019
- INEC. (s.f.). *INEMDU*. Recuperado el 4 de Julio de 2019
- Instituto Nacional De Estadísticas Y Censos. (2010). *Proyeccion de la poblacion por años en edades simples periodo 2010 - 2020*.

- La Hora. (3 de Marzo de 2013). *Atención llegará a los adultos mayores*. Obtenido de <https://lahora.com.ec/noticia/1000057709/atencic3b3n-llegarc3a1-a-los-adultos-mayores>
- Llanes, C. (2 de Noviembre de 2014). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*. Recuperado el 17 de Julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008
- Llanes, H., Lopez, Y., Vasquez, J., & Hernandez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *MediMay*. Recuperado el 25 de Julio de 2019, de <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>
- M Castaño, D., & Cardona, D. (4 de Septiembre de 2014). Percepcion del esatdo de salud y factores asociados en adultos mayores. 173. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.30730>
- Mario, V., Ronal, G., Fernando, C., Fanny, M., Segundo, Y., & Zoila, R. (2017). Estudio comparativo de las capacidades físicas del adulto mayor: rango etario vs actividad física. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. Recuperado el 25 de Julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000100013
- Mayo Clinic. (10 de Junio de 2018). *Estreñimiento*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/constipation/symptoms-causes/syc-20354253>
- Mayo Clinic. (09 de Marzo de 2018). *Úlceras de decúbito (úlceras por presión)*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>
- Mayo Clinic. (15 de Enero de 2019). *Disfuncion Sexual*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/female-sexual-dysfunction/symptoms-causes/syc-20372549>
- Mayo Clinic. (25 de Abril de 2019). *Dolor abdominal*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/abdominal-pain/basics/definition/sym-20050728>
- Mayo Clinic. (10 de Mayo de 2019). *Pérdida de la audición*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hearing-loss/symptoms-causes/syc-20373072>
- MedlinePlus. (7 de Diciembre de 2018). *Cambios en el sueño por el envejecimiento*. Recuperado el 17 de Julio de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004018.htm>
- MedlinePlus. (31 de Julio de 2019). *Depresión - descripción general*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
- Ministerio de Inclusion Econimica y Social. (8 de Abril de 2015). *Direccion Poblacion Adulta Mayor*. Recuperado el 13 de Julio de 2019, de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Ministerio de Inclusion Economica y Social. (2012). *Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012 - 2013*. Ecuador. Recuperado el 13 de julio de 2019, de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

- Ministerio de salud publica y proteccion social de Colombia. (15 de Julio de 2019). *Envejecimiento y vejes*. Recuperado el 16 de Julio de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- OMS. (12 de Diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado el 15 de Julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (8 de Junio de 2018). *Maltrato de las personas mayores*. Recuperado el 15 de Julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- OPS. (2018). *Valoracion Clinica del Adulto Mayor*. Recuperado el 16 de Julio de 2019, de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo1.pdf>
- Organizacion Mundial De La Salud . (5 de Febrero de 2018). *WHO*. Recuperado el 3 de Julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2015). *Resumen Informe Mundial Sobre El Envejecimiento y la Salud*. Luxemburgo . Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=E7ABF034E386BBB7A779BD5C973D6C84?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (Mayo de 2017). *10 Datos Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). *ENVEJESIMIENTO Y SALUD*. Recuperado el 28 de JUNIO de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *WHO*. Recuperado el 3 de Julio de 2019, de <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
- PBP. (20 de Mayo de 2019). *Nueva Ley Organica de las Personas Adultas Mayores*. Recuperado el 13 de Julio de 2019, de <https://www.pbplaw.com/es/nueva-ley-organica-de-las-personas-adultas-mayores/>
- Sanchez, G., Mendoza, N., & Naun, Y. (2018). Protocolo de atencion de enfermeria al adulto mayor en instituciones de salud. Obtenido de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1768/3549>
- W, R. (Septiembre de 2016). *Evaluacion del paciente anciano*. Recuperado el 17 de Julio de 2019, de <https://www.msmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/abordaje-del-paciente-geri%C3%A1trico/evaluaci%C3%B3n-del-paciente-anciano>

ANEXOS

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general
<p>Como los apropiados cuidados de enfermería mejoran la calidad de vida del adulto mayor del centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. De Mayo a septiembre del 2019.</p>	<p>Aplicar los apropiados cuidados de enfermería que mejoran la calidad de vida del adulto mayor del Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. De mayo a septiembre del 2019.</p>	<p>Si aplicamos los apropiados cuidados de enfermería mejorara la calidad de vida en adulto mayor del centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. De mayo a septiembre del 2019.</p>
Problemas derivados	Objetivos derivados	Hipótesis derivadas
<p>¿Cuáles es la condición de salud de los adultos mayores del centro gerontológico del cantón BABAHOYO?</p> <p>¿Cuáles son los parámetros de medición que sirven de indicadores del estado de salud del adulto mayor?</p>	<p>Identificar la condición de salud de los adultos mayores del centro gerontológico antes de y después de la aplicación de los cuidados d enfermería.</p> <p>Analizar y registrar los indicadores de salud que se vinculan con el mejoramiento de la calidad de vida y como cambian con la ejecución de los apropiados cuidados de enfermería.</p>	<p>Si identificamos la condición de salud de los adultos mayores del centro gerontológico antes de y después de la aplicación de los cuidados d enfermería, entonces podríamos verificar el mejoramiento de la calidad de vida.</p> <p>Si Analizamos y registramos los indicadores de salud que se vinculan con el mejoramiento de la calidad de vida podremos determinar cómo cambian con la ejecución de los apropiados cuidados de enfermería.</p>



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 2 de Julio del 2018.

Lcda. MARILU MERCEDES HINOJOSA GUERRERO
COORDINADORA DE TITULACIÓN
En su despacho. -


De nuesatra consideraciones:

Nosotros, Pablo Ariel Diaz Vasconez con Ci. 1207772276; Sulma Yarisamar Sabando Barcia con Ci.1208195105, nuestro tema de proyecto de investigación es, "Cuidados de enfermería en el adulto mayor, en los pacientes del Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. De mayo a septiembre del 2019", con la aprobación de nuestro Tutor Dr. Francisco Villacres Fernández

Esperando que nuestra petición sea atendida favorablemente reitero mis agradecimientos.
Atentamente.


Pablo Ariel Diaz Vasconez
Ci. 1207772276


Sulma Yarisamar Sabando Barcia
Ci.1208195105


Dr. Francisco Villacres Fernández
Tutor de Tesis

2-9-19
Recibido




UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
SECRETARÍA GENERAL



CERTIFICACION

Abg. Carlos Freire Nivelá, Secretario de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Certifica:

Que, una vez cumplidos con todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título de Tercer Nivel, el(la) estudiante: **DIAZ VASCONEZ PABLO ARIEL** con número de cédula de identidad **1207772276**, de la carrera de **ENFERMERIA** de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, se encuentra **APTO(A)** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**".

Babahoyo, lunes 3 de junio del 2019

Abg. Carlos Freire Nivelá
SECRETARIO GENERAL F.C.S.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
SECRETARÍA GENERAL



CERTIFICACION

Abg. Carlos Freire Nivelá, Secretario de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Certifica:

Que, una vez cumplidos con todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título de Tercer Nivel, el(la) estudiante: **SABANDO BARCIA SULMA YARISAMAR** con numero de cedula de identidad **1208195105**, de la carrera de **ENFERMERIA** de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, se encuentra **APTO(A)** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**.

Babahoyo, lunes 3 de junio del 2019



Abg. Carlos Freire Nivelá
SECRETARIO GENERAL F.C.S.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 10 de Junio del 2019

Lcda.
Marilu Hinojosa Guerrero
COORDINADORA DE TITULACION CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mi Consideración:

Por medio de la presente, nosotros **PABLO ARIEL DIAZ VASCONEZ**, con C.I. **1207772276** Y **SULMA YARISAMAR SABANDO BARCIA**, con C.I. **1208195105** Estudiantes egresados de la carrera de **Enfermería** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, del Proceso de titulación en la modalidad de Proyecto de Investigación, con el debido respeto solicitamos a usted muy respetuosamente se nos asigne tutor, el mismo que debe ser la docente **BIOL. GALLEGOS ZURITA MARITZA**, para iniciar en el proceso de TITULACIÓN, periodo **MAYO 2019 A SEPTIEMBRE 2019**.

Espero que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente


ESTUDIANTE EGRESADO


ESTUDIANTE EGRESADO

Recibido
10/06/2019
09:20




UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 27 de junio del 2019.

Lcda. MONICA ACOSTA GAIBOR
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
En su despacho. -


De nuesatra consideraciones:

Nosotros, Pablo Ariel Diaz Vasconez con CI. 1207772276; Sulma Yarisamar Sabando Barcia con CI.1208195105, egresados de la escuela de enfermería, nos dirigimos a usted para solicitarle la gestión ante el MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL MIES Distrito 12D01 dirigido por Abg. MARI LIMA BRAVO, para realizar la investigación en el CENTRO GERONTOLOGICO DE LA CIUDAD DE BABAHOYO, con el tema de "Cuidados de enfermería en el adulto mayor, en los pacientes del Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo de la provincia de Los Ríos. De mayo a septiembre del 2019", con la aprobación de las autoridades de Facultad de Ciencias de la Salud.

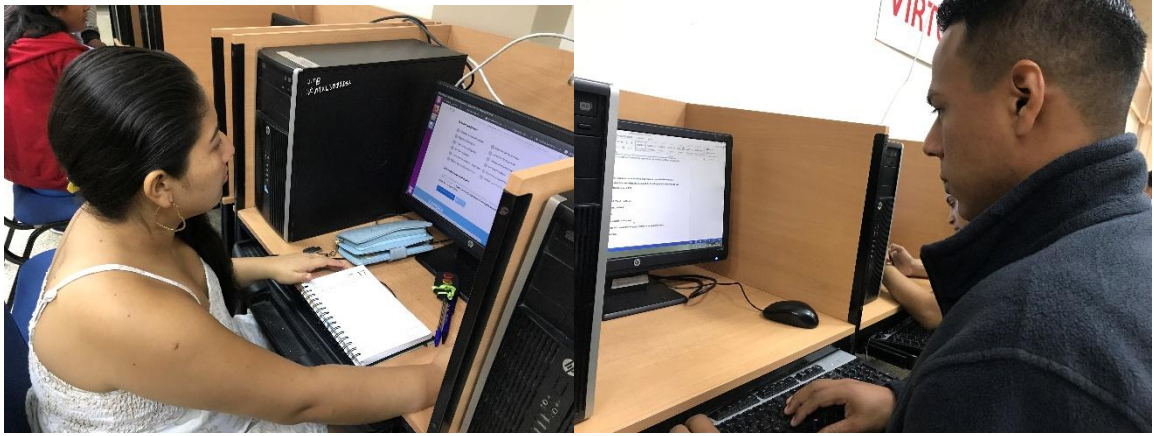
Esperando que nuestra petición sea atendida favorablemente reitero mis agradecimientos.
Atentamente.


Pablo Ariel Diaz Vasconez
CI. 1207772276


Sulma Yarisamar Sabando Barcia
CI.1208195105


Dr. Francisco Villacres Fernández
Tutor de Tesis

Recibido
27/06/2019
AG
MHZ



Sulma Sabando y Pablo Diaz usando computadoras para la edición y manejo de la información.



Sulma Sabando y Pablo Diaz participando en el registro de la información recogida después de signos vitales y medidas antropométricas.



Doctora asignada del centro de salud Barrio Lindo para realizar los controles periódicos a los adultos mayores residentes.



Sulma Sabando y Pablo Diaz tomando signos vitales. Presión arterial, pulso, saturación de oxígeno.



Sulma Sabando tomando medidas antropométricas. Perímetro abdominal o de cintura.



Sulma Sabando tomando medidas antropométricas. Perímetro de pantorrilla.



En el Centro geriátrico se toman muestras para realizar exámenes de sangre de forma periódica.



Sulma Sabando tomando notas de observación.



Pablo Diaz realizando el test de Hamilton a un adulto mayor residente.



Puerta principal del Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo.



Sala de estar donde desarrollan actividades recreativas durante el día.



Imagen general de un dormitorio en el Centro Geriátrico.



Sala de estar.



Sala de audio y video, sirve de forma recreativa durante el día.



Imagen de un adulto mayor.



Imagen de una mujer adulta mayor con rasgos de depresión.



Costumbres religiosas que mejoran los estados emocionales afectados.



Participación en conversaciones, de Pablo Diaz.



Sulma Sabando y Pablo Diaz relacionando con los usuarios.