



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores del Centro de Salud de Ambuqui, 2016.

AUTORA:

Marcela Azucena Santos Carcelén

DIRECTORA DE TESIS:

Lic. Geovanna Altamirano

IBARRA – ECUADOR

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo Lic. Geovanna Altamirano en calidad de director de tesis titulada: **“ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE AMBUQUÍ, 2016”**, de autoría de Marcela Azucena Santos Carcelén. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 13 días del mes de octubre de 2017.

Atentamente.



.....
DIRECTORA DE TESIS

Lic. Geovanna Altamirano

C.C: 1801847086



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	1003626213
Apellidos y nombres:	Marcela Azucena Santos Carcelén
Dirección:	Jorge Subia 7-128 y Virginia Pérez
Email:	Marce_santos07@hotmail.com
Teléfono móvil:	0982777433
DATOS DE LA OBRA	
Título:	ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE AMBUQUÍ, 2016
Autora:	Marcela Azucena Santos Carcelén
Fecha:	2017-10-13
Solo para trabajos de grado	
Programa	Pregrado
Título por el que opta	Licenciada en enfermería
Directora	Lic. Geovanna Altamirano

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Marcela Azucena Santos Carcelén, con cédula de ciudadanía Nro. 1003626213; en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 13 días del mes de octubre de 2017.

LA AUTORA:



.....
Marcela Azucena Santos Carcelén

C.I. 1003626213

ACEPTACIÓN:

Facultado por resolución de Concejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Marcela Azucena Santos Carcelén** con cédula de ciudadanía Nro. 1003626213; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE AMBUQUÍ, 2016”** que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 13 días del mes de octubre de 2017.

LA AUTORA:

.....
Marcela Azucena Santos Carcelén

C.I. 1003626213

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 13 de octubre de 2017

MARCELA AZUCENA SANTOS CARCELÉN “ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE AMBUQUÍ, 2016” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 13 de octubre de 2017.

DIRECTOR: Lic. Geovanna Altamirano

El principal objetivo de la presente investigación es Determinar la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores del Centro de Salud de Ambuqui y su impacto en la calidad de vida de estas personas; Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio; Identificar el tipo de enfermedades crónicas no transmisibles presentes en los adultos mayores de esta parroquia. Describir el impacto que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles en la calidad de vida de los adultos mayores. Relacionar el estilo de vida con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Plantear un plan de cuidados de Enfermería para adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.

Fecha: Ibarra, 13 de octubre de 2017

Lic. Geovanna Altamirano

Directora de Tesis

Marcela Azucena Santos Carcelén

Autora

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a mis padres, quienes, con esfuerzo, sacrificio, comprensión y mucho cariño me apoyan incondicionalmente en cada paso de mi vida. A mi hermana por ser mi amiga, compañera y fuente de motivación en cada momento. A mi novio quien me apoyó y alentó cada día desde el inicio de la carrera. A mi sobrino que con cada una de sus ocurrencias me enseña a disfrutar de cada instante de la vida.

Marcela Santos Carcelén

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiar mis pasos y permitirme llegar hasta este punto de mi formación profesional. A mis padres por su apoyo incondicional. A la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, a todos mis docentes, especialmente a la Lic. Geovanna Altamirano mi directora de tesis. Al distrito 10D01, por permitirme realizar mi investigación en el Centro de Salud de Ambuqui. Y en general agradezco a todas las personas que de una u otra manera me ayudaron y estuvieron conmigo a lo largo de este arduo camino.

Marcela Santos Carcelén

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
TEMA:	xv
CAPÍTULO 1	1
1. El Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
1.5. Preguntas de Investigación.....	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial	7
2.2. Marco contextual.....	8
2.2.1. Historia	9
2.2.2. Población	9
2.2.3. Cultura e Identidad	9

2.2.4. Servicios básicos	10
2.2.5. Centro de Salud Ambuqui.....	11
2.3. Marco Conceptual	11
2.3.1. Envejecimiento	11
2.3.2. Adulto mayor.....	12
2.3.3. Características generales del envejecimiento humano	12
2.3.4. Enfermedades crónicas no transmisibles.....	12
2.3.5. Factores de riesgo	13
2.3.6. Clasificación de las ECNT	13
2.3.7. Modelos y teorías de enfermería	18
2.4. Marco Legal	20
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador.....	20
2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir.....	21
2.5. Marco Ético	22
2.5.1. Principios éticos generales	22
2.5.2. Código de CIOMS	23
CAPÍTULO III.....	27
3. Metodología de la Investigación	27
3.1. Diseño de la investigación.....	27
3.2. Tipos de estudio	27
3.3. Localización y ubicación del estudio	28
3.4. Población y Muestra.....	28
3.4.1. Criterios de inclusión.....	28
3.4.2. Criterios de exclusión	28
3.5. Variables.....	28
3.6. Técnicas para la recolección de la información	29
3.7. Análisis de datos.....	30
CAPÍTULO IV.....	31
4. Resultados de la investigación	31
4.1 Características sociodemográficas	31
4.2. Enfermedad crónica no transmisible	34
4.3. Estilo de vida.....	41

CAPÍTULO V	43
5. Conclusiones y recomendaciones	43
5.1. Conclusiones	43
5.2. Recomendaciones	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	50
Anexo 1: Propuesta	50
Anexo 2: Variables independientes.....	67
Anexo 3: Variables independientes.....	68
Anexo 4: Encuesta.....	71
Anexo 5: Fotografías.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores de Ambuqui.....	31
Tabla 2. Tipo de enfermedad crónica no transmisible	34
Tabla 3. Edad a la que fue diagnosticada la enfermedad crónica no transmisible.....	35
Tabla 4. Tratamiento de la enfermedad crónica no transmisible	36
Tabla 5. Persona o entidad que cubre los gastos del tratamiento.....	37
Tabla 6. Cantidad de dinero mensual que necesitan los adultos mayores que cubren sus gastos de tratamiento.....	38
Tabla 7. Deterioro de salud de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles durante el último año	39
Tabla 8. Limitación de actividades diarias debido al padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles	40
Tabla 9. Consumo de sustancias toxicas	41
Tabla 10. Actividad física	42

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE AMBUQUI, 2016

Autora: Marcela Azucena Santos Carcelén

Tutora: Lic. Geovanna Altamirano

Correo: marce_santos07@hotmail.com

RESUMEN

La investigación de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en adultos mayores se realizó en el Centro de Salud de Ambuqui en la provincia de Imbabura. Las enfermedades crónicas no transmisibles son enfermedades de larga duración, cuya evolución generalmente es lenta y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. El objetivo es determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores pertenecientes a esta comunidad. Es un estudio cuantitativo, no experimental, de campo, descriptivo, y transversal. Para obtener la información se aplicó una adaptación apropiada para la población en estudio del formulario SF-36. Los principales resultados fueron que el promedio de edad de los adultos mayores de la comunidad es de 72 años, el 61% son mujeres que se dedican a los quehaceres domésticos, la etnia predominante es la mestiza seguida por la afroecuatoriana; las enfermedades cardiovasculares están presentes el 34% de los adultos mayores, seguidas de las metabólicas con un 31%; el 82% recibe tratamiento para su enfermedad por parte del Ministerio de Salud Pública. En conclusión, se determinó que la hipertensión arterial es la enfermedad con mayor prevalencia en la comunidad y que el estilo de vida juega un papel importante en la aparición de este tipo de enfermedades y en el deterioro del estado de salud, alterando significativamente la calidad de vida de los adultos mayores. Se elaboró un plan de cuidados de enfermería con el fin de brindar una mejor calidad de atención a los adultos mayores con estas enfermedades.

Palabras clave: Enfermedades crónicas no transmisibles, Estilo de vida, Plan de cuidados de enfermería.

CHRONIC NECESSARY DISEASES IN ELDERLY ADULTS OF THE AMBUQUI HEALTH CENTER, 2016

Author: Marcela Azucena Santos Carcelén

Tuthor: Lic. Geovanna Altamirano

Mail: marce_santos07@hotmail.com

SUMMARY

Research on chronic noncommunicable diseases in older adults was carried out at the Ambuqui Health Center in the province of Imbabura. Chronic non-communicable diseases are long-term diseases, the evolution of which is usually slow and result from a combination of genetic, physiological, environmental and behavioral factors. The objective is to determine the prevalence of chronic noncommunicable diseases in older adults belonging to this community. It is a quantitative, non-experimental, field, descriptive, and cross-sectional study. To obtain the information an appropriate adaptation was applied for the study population of the form SF-36. The main results were that the average age of the elderly in the community is 72 years, 61% are women engaged in household chores, the predominant ethnicity is the mestiza followed by the Afro-Ecuadorian; cardiovascular diseases are present in 34% of older adults, followed by metabolic diseases with 31%; 82% receive treatment for their illness from the Ministry of Public Health. In conclusion, it was determined that hypertension is the most prevalent disease in the community and that lifestyle plays an important role in the development of this type of disease and in the deterioration of health status, significantly altering the quality of life of older adults. A nursing care plan was developed in order to provide a better quality of care for the elderly with these diseases.

Key words: Chronic noncommunicable diseases, Lifestyle, Nursing care plan.

TEMA:

Enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores del Centro de Salud de Ambuqui, 2016

CAPÍTULO 1

1. El Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

En los últimos años las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se han convertido en un problema de salud pública puesto que amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La pobreza está estrechamente relacionada con las ECNT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria.

En la actualidad el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en todo el mundo, además de alterar significativamente la calidad de vida, es la causa de alrededor de 60% de las muertes de adultos mayores. En 2010 se proyectó que 41 millones de personas morirían a causa de enfermedades crónicas en el mundo en 2015, si no se realizan acciones efectivas para su prevención y tratamiento (1).

Las ECNT matan a 38 millones de personas cada año. Casi el 75% de las defunciones por estas enfermedades (28 millones) se producen en los países de ingresos bajos y medios; 16 millones de las muertes atribuidas a este tipo de enfermedades se producen en personas menores de 70 años de edad. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ECNT, 17.5 millones cada año, seguidas del cáncer (8.2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1.5 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor de 82% de las muertes por ECNT. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ECNT (2).

La transición demográfica representa un reto social para las naciones. Esto se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. En Cuba, por ejemplo, esto representa un considerable aumento de los gastos para la Seguridad y la Asistencia Social. De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad (3).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). Las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%) (4).

En Imbabura 2.663 (8.04%) adultos mayores padecen enfermedades cardiovasculares, específicamente hipertensión arterial. Las enfermedades metabólicas están presentes en el 7, 2% de los adultos mayores, siendo la diabetes mellitus la enfermedad crónica no transmisible de tipo metabólica con mayor prevalencia en la provincia, seguido de la obesidad y las dislipidemias. Las enfermedades osteoarticulares están presentes en 2% de la población mayor de 65 años (5).

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a los adultos mayores atendidos en el centro de salud de Ambuqui?

1.3. Justificación

Actualmente la ley protege los derechos del adulto mayor, pues garantiza el derecho que tiene de tener un nivel de vida que asegure su salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

La aparición de ECNT se ve favorecida por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de estilos de vida poco saludables, por ejemplo, dietas malsanas, que puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, y obesidad.

Es por ello que mediante esta investigación se pretende estudiar prevalencia y tipos de las ECNT en adultos mayores pertenecientes al centro de salud de la parroquia de Ambuquí, para lograr realizar un plan de cuidado de enfermería y brindar a dichas personas una mejor calidad de vida, estabilizando su estado de salud tanto física como psicológica. Tomando en cuenta que a medida que las personas envejecemos algunas actividades cotidianas pueden resultar difíciles y más aún si a esto le sumamos una enfermedad crónica.

La realización de este estudio beneficiara primero a los adultos mayores de Ambuquí, porque su aplicación ayudará a mejorar su calidad de vida; segundo al personal de Salud del Centro de Salud de Ambuquí, porque tendrán un plan de intervención orientado a la prevención y cuidado durante el tratamiento de los adultos mayores ECNT, con lo que mejorará la calidad de atención brindada a dichos usuarios; y tercero a los estudiantes de Enfermería, porque tendrán un documento guía sobre planes de cuidado para adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores del Centro de Salud de Ambuqui y su impacto en la calidad de vida de estas personas.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar el tipo de enfermedades crónicas no transmisibles presentes en los adultos mayores de esta parroquia.
- Describir el impacto que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles en la calidad de vida de los adultos mayores.
- Relacionar el estilo de vida con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Plantear un plan de cuidados de enfermería para adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Qué tipo de enfermedades crónicas no transmisibles están presentes en los adultos mayores de la parroquia de Ambuqui?
- ¿Cuál es el impacto que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles en la calidad de vida de los adultos mayores?
- ¿Qué relación existe entre el estilo de vida y las enfermedades crónicas no transmisibles?
- ¿Cuáles son los cuidados de Enfermería que necesitan los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

En el 2008 se realizó un estudio en La Habana sobre el Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores, cuyo objetivo fue identificar el comportamiento de estas enfermedades. El diseño de esta investigación fue descriptivo de corte transversal, se estudiaron 300 adultos mayores, la información se obtuvo de las bases de datos del estudio de investigación en demencias 10/66, con las tasas de prevalencia de las principales enfermedades no transmisibles que afectan a este grupo poblacional. La hipertensión arterial constituyó la enfermedad de mayor frecuencia con un 55%, seguida de las enfermedades del corazón 32.3%, y la diabetes mellitus 18.3%, la primera fue más frecuente en el sexo masculino, mientras que las otras predominaron en el femenino. El síndrome demencial presentó una frecuencia del 12%, y la depresión estuvo presente en el 6.7% de los pacientes estudiados (6).

Además, el estudio realizado en Argentina en el 2016, titulado “enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina años 2001-2009”, tiene por objetivo evaluar el impacto de las enfermedades crónicas prevalentes en la población mayor de 65 años en Argentina en dicho periodo. El estudio fue de tipo cuantitativo a través del método de la Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad; se logró evidenciar un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como son la hipertensión arterial y la diabetes, entre otras, pero también un progreso en la calidad de vida de las personas afectadas por estas enfermedades, que mejoraría a medida que envejece la población (7).

También se encontró el artículo científico titulado “las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España”, realizado en el año 2016,

cuyo objetivo es describir algunas características a tener en cuenta para desarrollar un sistema nacional de vigilancia de la salud pública vinculado a las estrategias ya existentes para la prevención y el control de las enfermedades crónicas. En este estudio se encontró que las enfermedades infecciosas, que eran las principales causas de morbimortalidad, han dado paso a un predominio de las enfermedades crónicas (8).

En 2013 se realizó otro estudio en La Habana, titulado “determinantes individuales y sociales de la salud”. Este estudio menciona que la alta y creciente morbilidad de las enfermedades crónicas no transmisibles, obliga a reconsiderar el concepto básico de la medicina. Es necesario la aplicación de concepto y modelos adecuados con el fin de armonizar el progreso técnico curativo, con el compromiso social de la medicina. Y se presentan rasgos elementales para lograr integrar la medicina curativa en el marco de estrategia integral de promoción de salud, proactiva y personalizada (9).

En el capítulo XI “aproximación a enfermedades crónicas no transmisibles cardiometabólicas” de la encuesta Ensanut realizada en el Ecuador en el año 2012 las enfermedades crónicas no transmisibles cardiometabólicas son cada vez más frecuentes en nuestro país siendo la diabetes, las dislipidemias y la hipertensión arterial, las enfermedades más comunes en nuestro medio. La metodología usada en esta encuesta fue experimental ya que se hicieron análisis de laboratorio para lograr obtener datos verídicos sobre la prevalencia de cada enfermedad en nuestro medio. El resultado de la encuesta fue que el 10% de la población mayor de 50 años tiene diabetes, las dislipidemias se presentan en 42.2 % de las mujeres a partir de los 50 años y en el 54.35% de los hombres a partir de los 40 años, la hipertensión por su parte representa el 42.4% de las enfermedades existentes en personas montubias y el 37.9% en personas afro ecuatorianas (10).

2.2. Marco contextual

Esta investigación será desarrollada en el Centro de Salud de la parroquia de Ambuqui, cantón Ibarra, provincia de Imbabura.

2.2.1. Historia

La historia de Ambuqui permite retroceder al año 1582, en donde el padre Antonio Borja menciona por primera vez que en el valle debajo de Coangue existe una quebrada llamada Ambuqui, este nombre se debió a un principal cacique en cuyo poder tenia a cuarenta indios.

Antiguamente esta zona se encontraba habitada por una tribu indígena, cuyo jefe era el cacique Ambuco, quienes posteriormente la abandonaron debido a la llegada de una grave enfermedad llamada Fiebre Amarilla que acabó con la vida de varios habitantes de esta comunidad.

La parroquia de Ambuqui administrativamente pertenecía a la parroquia de Pimampiro, pero de acuerdo a la división territorial de la Gran Colombia, expedida el 25 de junio de 1824, es reconocida como parroquia civil.

2.2.2. Población

Según el INEC en el Censo de Población y vivienda del año 2010 la población total de la parroquia asciende a 5477 habitantes (el 49,42% son hombres y el 50.58% mujeres). La población más representativa es la afro ecuatoriana con el 42.32%, seguido por la mestiza que alcanza el 36.5% (11).

2.2.3. Cultura e Identidad

Esta parroquia se caracteriza por tener una diversidad étnica y cultural debido a que existen varias comunidades que aún conservan sus raíces y tradiciones ancestrales, dentro de ella se encuentra al Bomba, música típica de la zona baja de Ambuqui, para la cual utilizan instrumentos autóctonos de la zona; así también se mantienen las costumbres en la zona alta donde su representación típica es a través del baile San Juanito presentando ofrendas al sol, a la naturaleza y otras actividades que caracterizan a la población de la parroquia como multiétnica y pluricultural.

2.2.4. Servicios básicos

La parroquia cuenta con los siguientes servicios básicos

- **Agua entubada:** esta parroquia cuenta únicamente con agua entubada la cual no está sometida a ningún tratamiento de potabilización. Su distribución se la efectúa en a base a sistemas como: Sistema de Agua Entubada la Chorrera-Ambuqui (EMAPA), Sistema Chaupi Guarangui-Peñaherrera (IEOS), Sistema el Carmelo-Manzano Guarangui (IEOS).
- **Alcantarillado:** la mayoría de comunidades posee letrinas sanitarias en cada uno de sus domicilios, a excepción de Ambuqui (cabecera parroquial) que posee alcantarillado y tratamiento de aguas servidas.
- **Recolección de basura:** se realiza a través del carro recolector de basura municipal los días martes y viernes en lo que respecta a las comunidades situadas en la parte baja y media, a diferencia de las otras en donde la basura se arroja a las quebradas o son incineradas debido a que no cuentan con este servicio.
- **Energía eléctrica:** todas las comunidades cuentan con el servicio de luz eléctrica. Gracias a la iniciativa de la Unión de Comunidades Campesinas Cochapamba, que planifico la dotación de energía eléctrica a 10 comunidades a fin de solucionar dicho problema social.
- **Vialidad:** la principal vía que permite llegar a la parroquia es la panamericana norte, la cual atraviesa el tramo Chota, El Ramal, La Playa, Carpuela y El Juncal. Para llegar a la cabecera parroquial existe una vía asfaltada a 1.4 km desde la panamericana norte, sin embargo para llegar a las comunidades lejanas existen carreteras de tercer orden mismas que son afectadas en épocas lluviosas y en algunas ocasiones tienen incomunicadas algunas poblaciones.

- **Transporte:** la parroquia cuenta con el servicio de Cooperativa de transporte Oriental, que sale desde el Cantón Pimampiro hasta la ciudad de Ibarra. En Ambuqui (cabecera parroquial) existe la cooperativa de transporte COMTRANS que presta sus servicios a los pobladores de esta zona.

2.2.5. Centro de Salud Ambuqui

El Centro de Salud Ambuqui se encuentra ubicado en la cabecera parroquial que lleva el mismo nombre. Es un Centro de Salud tipo A, presta los servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica, odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria.

Los usuarios de este centro de salud son en su mayoría pertenecientes a las comunidades del Valle del Chota y asentamientos indígenas de la zona alta de la región. El horario de atención es de lunes a viernes de 8h00- 17h00.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Envejecimiento

Es un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, esto supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como la capacidad de respuesta a agentes lesivos que inciden en cada individuo.

El envejecimiento humano es un proceso multidimensional de los seres humanos caracterizado por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; dicho proceso inicia desde la concepción, se desarrolla con el curso de la vida y finaliza con la muerte. En él tienen lugar una serie de cambios tanto biológicos como psicológicos, en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (12).

Este es un proceso que no solo afecta a las personas como tal, sino también a las comunidades, lo que se denomina envejecimiento demográfico producido por el importante aumento en el número de adultos mayores y la disminución porcentual de otros grupos etarios, siendo esto consecuencia de la caída de la natalidad.

2.3.2. Adulto mayor

En nuestro país se denomina adulto mayor a aquellas personas que han alcanzado los 65 años de edad. A este ciclo de vida se lo ha denominada tercera edad o adulto mayor ya que han alcanzado su madurez completa y empiezan a sentir algunos cambios físicos y biológicos, en su mayoría gozan de un estado físico, mental y social muy bueno con capacidades de entendimiento, pensamiento, orientación, destreza y conocimientos que las han cultivado durante toda su vida. Se trata de personas con mucha experiencia, tanto en su área laboral y como en su vida personal, a quienes se les presenta la oportunidad de empezar a disfrutar de su tiempo con tranquilidad (13).

2.3.3. Características generales del envejecimiento humano

Aunque los caracteres externos del envejecimiento varían dependiendo de los genes, y de una persona a otra, es posible describir algunas características generales, como por ejemplo: pérdida progresiva de la capacidad visual, hipoacusia progresiva, pérdida de la elasticidad y fuerza muscular, alteración del sueño, pérdida de agilidad y capacidad de reacción refleja, degeneramiento de la estructura ósea, pérdida de capacidad inmunitaria frente a agentes infecciosos, distensión de tejidos de sostén muscular, disminución del colágeno de la piel y de la absorción de proteínas (14).

2.3.4. Enfermedades crónicas no transmisibles

Las ECNT son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta, resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos ambientales y conductuales. Estas representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los estilos de vida actuales que acentúan el

sedentarismo y la mala alimentación. En conjunto estas son responsables de más del 60% de las muertes a nivel mundial, 80% de las cuales ocurren en países en vías de desarrollo (15).

Según la OMS estas enfermedades están caracterizadas por su larga duración, su progresividad e incurabilidad, pudiendo requerir tratamiento y control por un número extenso e indeterminado de años. Tienden a afectar a los grupos de edad más avanzada y se ven favorecidas por factores como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población (16).

2.3.5. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que intervienen en la evolución de estas enfermedades son diversos, muchos de los cuales están asociados al estilo de vida, hábitos y costumbres introducidos por la modernización, tales como el sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas (15).

2.3.6. Clasificación de las ECNT

Enfermedades cardiovasculares

Son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Dichas enfermedades pueden manifestarse en forma de: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria; enfermedad cerebro vascular; enfermedad vascular periférica; insuficiencia cardíaca; cardiopatía reumática; cardiopatía congénita; miocardiopatías.

- **Hipertensión arterial.** Se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad. La presión se mide conociendo la fuerza que la sangre bombeada desde el corazón, ejerce contra las paredes arteriales. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica y el tratamiento se debe seguir durante toda la vida. Los fármacos que el médico recomiende, se deben tomar

con continuidad y requiere constancia. Muchas veces los pacientes se relajan en el tiempo ya que no tienen ningún síntoma, pero aumenta la probabilidad de aparición de otras enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca, cardiopatía coronaria y eventos cerebrovasculares (17).

Enfermedades respiratorias

El principal papel de los pulmones es cambiar oxígeno por bióxido de carbono. Los pulmones deben mantenerse elásticos y flexibles para poder ejercer el trabajo de inhalación y exhalación, conforme pasan los años estos actos se vuelven más lentos y menos elásticos. En adultos mayores hay menor cantidad de alveolos y de pequeños vasos alrededor de los pulmones, esto limita la habilidad de los pulmones para obtener el aire necesario (15).

Además de lo ya mencionado con la edad se dan otros cambios en el sistema respiratoria, por ejemplo, el reflejo de toser es más lento y menos fuerte; hay un aumento en la producción de moco, el cual puede bloquear los conductos; aumenta el riesgo de infecciones; se limita la expansión de los pulmones; los músculos relacionados con la respiración se debilitan.

Dentro de las enfermedades respiratorias que afectan a adultos mayores se destacan: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), y neumonía.

- **EPOC.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar progresiva y potencialmente mortal que puede causar disnea (al principio asociada al esfuerzo) y que predispone a padecer exacerbaciones y enfermedades graves. Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año (18).

Enfermedades metabólicas

Se denominan así a todas las enfermedades relacionadas con una perturbación del metabolismo. Pueden ser hereditarias o adquiridas; debidas a la interrupción de una cadena de síntesis por ausencia de una enzima, a una anomalía endocrina o alimentaria; pueden afectar el equilibrio de los glúcidos (como en el caso de la diabetes, galactosemia congénita), de los nucleótidos (por ejemplo gota), de los prótidos (aminoacidopatías), de los lípidos (por ejemplo obesidad, dislipidemias), lo equilibrios ácido básico, iónico, osmótico, hídrico, mineral, fosfocálcico, vitamínico, entre otros (19).

- **Diabetes.** La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).
- **Gota.** La gota es una enfermedad producida por la acumulación de cristales microscópicos de ácido úrico en las articulaciones que provocan artritis.
- **Dislipidemia.** Se trata de desórdenes de la concentración de las fracciones de grasa que posee nuestro plasma sanguíneo, normalmente mayor a los habituales.
- **Obesidad.** El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Enfermedades Osteoarticulares

Dentro de este grupo de enfermedades, también conocidas como reumatológicas se agrupan todas las patologías que involucran el deterioro y disfunción del sistema óseo y articular del cuerpo humano, con la afección de sus estructuras internas y adyacentes como cartílago o tejidos blandos peri articulares (20) .

Son una de las enfermedades más frecuentes en la actualidad. Estas enfermedades se caracterizan por dos síntomas típicos que son dolor y la impotencia funcional de alguna parte del aparato locomotor, en especial, de las articulaciones. A pesar de que no sean causa directa de muerte, es importante que se les dé lugar en las campañas de prevención y promoción de la salud, ya que son las que acarrearán con más disfuncionalidad en la vida del paciente adulto mayor.

Enfermedades neurológicas

En la actualidad se han descrito más de 600 enfermedades neurológicas que afectan al cerebro, la médula espinal y los nervios. Estas patologías afectan al sistema nervioso central y generan una serie de síntomas que impiden a la persona que la padece a realizar funciones importantes, tanto físicas como cognitivas, lo que conlleva un incremento del riesgo de caídas y otros accidentes, especialmente en personas adultas mayores (17).

Algunas de estas enfermedades son congénitas, muchas otras se inician en los adultos de entre 30 a 50 años y tienden a ser degenerativas. Por otro lado, otras son más frecuentes en personas que han superado los 65 años de edad, pues se relacionan directamente con el proceso de envejecimiento.

Entre las enfermedades neurológicas más frecuentes en adultos mayores se destacan: el Alzheimer; enfermedad de Parkinson; demencias de origen vascular; otras alteraciones causadas por enfermedades cerebrovasculares, epilepsia, neuropatías, traumatismos craneoencefálicos, esclerosis múltiple, dolor neuropático, lesiones de la

medula espinal, tumores cerebrales o metástasis; infecciones que afectan al cerebro, como la meningitis o la encefalitis; enfermedades congénitas, como la enfermedad de Huntington o la distrofia muscular.

Estas enfermedades condicionan seriamente la autonomía de las personas mayores, tanto física como mentalmente y sumirlas en un grado de dependencia creciente que exige adaptar la vida de sus familiares a los cuidados que necesitan o institucionalarlos cuando no es posible proporcionarles dichos cuidados en casa (16).

- **Enfermedad de parkinson.** La enfermedad de Parkinson consiste en un desorden crónico y degenerativo de una de las partes del cerebro que controla el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos. Se produce cuando las células nerviosas de la sustancia negra del mesencéfalo, área cerebral que controla el movimiento, mueren o sufren algún deterioro.
- **Alzheimer.** El Alzheimer es una alteración neurodegenerativa primaria que suele aparecer a partir de los 65 años, aunque también puede presentarse entre gente más joven. Cuando una persona padece la enfermedad de Alzheimer, experimenta cambios microscópicos en el tejido de ciertas partes de su cerebro y una pérdida, progresiva, pero constante, de una sustancia química, vital para el funcionamiento cerebral, llamada acetilcolina. Esta sustancia permite que las células nerviosas se comuniquen entre ellas y está implicada en actividades mentales vinculadas al aprendizaje, memoria y pensamiento.
- **Demencia senil.** La demencia senil es un término que concentra la disminución del funcionamiento intelectual que interfiere en las funciones cotidianas y que afecta, de forma completa o parcial, a dos o más capacidades del paciente, como la memoria, el lenguaje, la percepción, el juicio o el razonamiento.

Cáncer

Esta patología se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan. Además, estas células cancerosas tienen la capacidad de invadir órganos vecinos a su lugar de origen y la de diseminarse por la sangre o la linfa a zonas distantes y crecer en ellas originando tumores secundarios, a lo que se le llama metástasis (21).

Cada tipo de cáncer se comporta de manera diferente (velocidad de crecimiento, tendencia a la diseminación, respuesta a tratamientos), es por esta razón que, ante la sospecha o diagnóstico inicial de cáncer, es necesaria la realización de una serie de pruebas que permitan conocer el tipo de cáncer y su extensión.

El envejecimiento es uno de los factores de riesgo individuales más importantes para el cáncer. En países en vías de desarrollo, aproximadamente el 60% de los casos de cáncer ocurren en personas adultas mayores. Afecciones como cardiopatías, enfermedades osteoarticulares, hipertensión arterial, afectan el tratamiento con el cáncer y su recuperación.

Cada adulto mayor con esta patología se enfrenta a desafíos distintos, por lo que es necesario que ellos y sus cuidadores comuniquen con claridad cualquier pregunta o inquietud a su equipo de atención médica, anticipar los desafíos puede evitar o reducir los riesgos a la salud y el bienestar de un adulto mayor y minimizar el estrés asociado con el diagnóstico (16).

2.3.7. Modelos y teorías de enfermería

Los modelos y teorías de enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de enfermería (22).

Modelo de suplencia o ayuda de Dorothea Orem. Para ella el autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, entre otras cosas, con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Estas acciones a pesar de que son deliberadas requieren de aprendizaje, y en caso de que la persona no pueda realizarlas por sí misma ya sea por limitaciones o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los cuidados. La función de enfermería es actuar como complemento con las personas, familias y comunidades en la realización de autocuidados, cuando el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado esté alterado. (23).

Modelo de Virginia Henderson. Para ella la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa función no la cumple en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Virginia Henderson define 14 necesidades básicas de todo individuo (22):

1. Respiración y circulación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Sueño y descanso
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel
9. Seguridad
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Modelo de cuidado de la Dra. Jean Watson. Para Jean Watson, autora de la Teoría del Cuidado Humano, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. En su teoría existen 4 conceptos básicos (24) :

- **Interacción enfermera – paciente.** en este la idea moral de la enfermera es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. La realización de actividades de cuidado involucra valores, voluntad y compromiso.
- **Campo fenomenológico.** en este el cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente y responde a la condición del ser del paciente, logrando que el paciente exponga sus sentimientos subjetivos.
- **Relación de cuidado transpersonal.** este es una unión entre dos personas. Se caracteriza por el compromiso moral de la enfermera de proteger y realizar la dignidad humana; el conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado.
- **Momento del cuidado.** es el momento en el que la enfermera y otra persona, viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado es creada.

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

La constitución de la república del Ecuador, vigente desde el año 2008, hace referencia al acceso a la salud, y en su artículo 32 menciona (25):

“la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad

social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Además, el artículo 36 dice:

“Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad...”

2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir

El Plan Nacional del Buen Vivir vigente en el Ecuador desde el 2009, proporciona doce objetivos con el fin de mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos. Uno de sus objetivos está directamente relacionado con el ámbito de la salud (26):

- **Objetivo 3:** *“Mejorar la calidad de vida de la población”:* plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas.
- *Política 3.1 Promover prácticas de vida saludable en La población.*

- *Política 3.2 Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.*
- *Política 3.3 Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.*
- *Política 3.4 Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.*
- *Política 3.6 Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos*

2.5. Marco Ético

2.5.1. Principios éticos generales

Esta investigación se basó de acuerdo con los principios éticos básicos: respeto por las persona, beneficencia y justicia. En forma general estos guían la preparación responsable de una investigación, según la circunstancia, los principios pueden expresarse de manera diferente, otorgar diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones.

El respeto por las personas: incluye dos consideraciones éticas fundamentales:

- Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.
- Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La Beneficencia. Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño) (27).

La justicia: Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables (27).

2.5.2. Código de CIOMS

El presente estudio se basó en lo que el CIOMS (El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas), contempla para las investigaciones e seres humanos. Ya que este estudio no experimenta, los principios en que se hace referencia son (27):

Pauta 4. Consentimiento informado individual:

En toda investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable. La omisión del consentimiento informado debe considerarse inusual y excepcional y, en todos los casos, debe aprobarse por un comité de evaluación ética.

Pauta 5. Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación:

Antes de solicitar el consentimiento de un individuo para participar en una investigación, el investigador debe proporcionar, verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender, la información.

Pauta 6. Obtención de consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigadores

Los patrocinadores e investigadores tienen el deber de:

- Abstenerse de engaño injustificado, influencia indebida o intimidación;*
- Solicitar el consentimiento sólo después de comprobar que el potencial sujeto tiene adecuada comprensión de los hechos relevantes y las consecuencias de su participación, y ha tenido suficiente oportunidad de considerarla;*
- Obtener de cada potencial sujeto, por regla general, un formulario firmado como evidencia de su consentimiento informado -los*

investigadores debieran justificar cualquier excepción a esta regla general y obtener la aprobación de un comité de evaluación ética.

Pauta 18. Protección de la confidencialidad

El investigador debe establecer protecciones seguras de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos. Se debe informar a los sujetos de las limitaciones, legales o de otra índole, en la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad de los datos y las posibles consecuencias de su quebrantamiento.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

Este es un estudio cuantitativo y no experimental.

Es una investigación **no experimental** ya que no se utilizarán hipótesis y por tanto no se realizará manipulación de las variables previamente establecidas.

El enfoque es **cuantitativo** ya que los datos que se obtengan serán cuantificados matemáticamente.

Transversal: la investigación será realizada en un tiempo determinado.

3.2. Tipos de estudio

La presente investigación es de campo, observacional, descriptivo y de corte transversal.

De campo: porque es necesario trasladarse a la unidad operativa para la realización del estudio.

Descriptivo: ya que describe los tipos de enfermedades crónicas presentes en la población en estudio.

Observacional: debido a que el objetivo es "la observación y registro" de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos, y se limita a medir las variables que definen en el estudio.

3.3. Localización y ubicación del estudio

La presente investigación fue realizada en el Centro de Salud de la parroquia Ambuqui, ubicada en el centro poblado de la parroquia.

3.4. Población y Muestra

La población está conformada por 314 adultos mayores residentes en la parroquia de Ambuqui.

La muestra para esta investigación será de 80 personas que sufren enfermedades crónicas no transmisibles y han acudido a los controles de su enfermedad durante el año 2016 y están facultados tanto física como mentalmente para formar parte de este estudio.

3.4.1. Criterios de inclusión

Se incluyó en la investigación a los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, y desearon ser parte de este estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

Se excluyó de la investigación a aquellos adultos mayores que padecen enfermedades crónicas no transmisibles que no acudieron a los controles médicos durante el año 2016 en el centro de salud y los que no están facultados física o mentalmente para ser parte del estudio.

3.5. Variables

Variables independientes: se tomará como variables independientes los datos sociodemográficos (Anexo 2):

- Edad
- Genero
- Estado civil
- Etnia

VARIABLES DEPENDIENTES: se tomará en cuenta como variables dependientes el tipo de enfermedad crónica no transmisibles y el estilo de vida de la población en estudio (Anexo 3)

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades metabólicas
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades osteoarticulares
- Consumo de sustancias tóxicas
- Actividad física
- Hábitos alimenticios
- Horas de sueño

3.6. Técnicas para la recolección de la información

Documental: permite realizar el analizar de los factores estresantes considerados fuentes de información en un periodo de tiempo y espacio determinado.

Empírico: Permite la recolección de información de fuentes primarias a través de la aplicación de una encuesta.

Observación científica: permite al investigador conocer el problema y objeto de la investigación, estudiando su curso natural, sin alterar sus condiciones naturales.

Encuesta: Con el fin de recolectar datos importantes sobre la población de estudio, se realizó una encuesta a los adultos mayores pertenecientes a la unidad de salud (Anexo 4). Para este fin se hizo una adaptación acorde a las necesidades de la investigación del formulario SF-36, este es un cuestionario de salud usado en investigaciones médicas y avalado internacionalmente, que ofrece una perspectiva del estado de salud y de la calidad de vida de las personas.

Guía observacional: Para obtener datos sobre la prevalencia y tipo de enfermedad de estudio se realizó una guía observacional por el Centro de Salud de Ambuqui y la aplicación de la guía sobre calidad de vida de personas con ECNT para medir el impacto.

3.7. Análisis de datos

El análisis y tabulación de los datos recolectados por medio de la encuesta se realizó con la ayuda del paquete electrónico Excel y el software EPINFO 7.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1 Características sociodemográficas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores de Ambuqui

Características Sociodemográficas	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Edad	60- 70	29	36%
	71- 80	30	38%
	81- 90	16	20%
	91-100	5	6%
Género	Femenino	49	61%
	Masculino	31	39%
Auto identificación étnica	Mestizo	61	76%
	Afro-ecuatoriano	13	16%
	Negro	6	8%
	Blanco	0	0%
	Otro	0	0%
Estado Civil	Casado	42	53%
	Viudo	24	30%
	Soltero	12	15%
	Divorciado	1	1%
	Unión libre	1	1%

Ocupación	Jubilado	15	19%
	QQDD	46	58%
	Agricultor	7	9%
	Jornalero	5	6%
	Albañil	1	1%
	Chofer	2	3%
	Servidor público	1	1%
	Ninguna	3	4%
Escolaridad	Primaria completa	19	24%
	Primaria incompleta	30	38%
	Secundaria	5	6%
	Universidad	1	1%
	Ninguna	25	31%

La edad promedio de los adultos mayores en estudio es de 72 años aproximadamente. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el promedio de edad de los adultos mayores que posiblemente sufren enfermedades crónicas varía desde los 60 a 80 años. Estudios como el de Andrés Conrado Peranovich, realizado en Argentina en el 2016, señalan que la edad más frecuente para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles es entre los 65 y 69 años de edad (7).

Podemos observar que la mayor parte de adultos mayores encuestados son de género femenino, siendo estos el 61%, así también contamos con la participación del género masculino con un porcentaje del 39%. Según la encuesta Ensanut realizada en el Ecuador en el año 2012 las mujeres a partir de los 50 años presentan mayor prevalencia de enfermedades crónicas de tipo metabólicas en el país (10). Estos resultados hacen notorio el hecho de que las mujeres debido a factores genéticos, estilo de vida, entre otros factores, son más propensas a padecer enfermedades, entre ellas las ECNT.

En cuanto al estado civil vemos que un porcentaje del 53% están casados y representan la mayor parte del estudio. El 47% restante están solteros, en unión libre o han enviudado. El hecho de no tener una pareja con quien compartir sus últimos años de vida, hace que los adultos mayores sean más vulnerables a padecer enfermedades, ya

que tienden a descuidar su salud. Esto hecho concuerda con un estudio publicado por la Revista Latinoamericana de Enfermería en el 2016, donde se menciona entre otras cosas, que la soledad en los extremos de la vida crea más vulnerabilidad social en las personas, haciendo que sean más propensos al padecimiento de enfermedades de tipo neurológicas (28).

El 76% de los adultos mayores se autodefine como mestizos, el 24% restante se autodefinen como afroecuatorianos y negros. Es importante describir la autodefinición étnica de las personas en estudio ya que algunas enfermedades crónicas no transmisibles suelen ser más comunes en negros y afroecuatorianos, como por ejemplo la hipertensión arterial. Según la encuesta Ensanut 2016, realizada en el Ecuador, el 37.9% de las personas afroecuatorianas padecen hipertensión arterial (10).

Como la mayoría de los encuestados son de género femenino podemos notar que la ocupación predominante son los quehaceres domésticos con un porcentaje del 57%. También hay adultos mayores que encuentran jubilados, o se dedican a la agricultura, son jornaleros, o choferes, dejando así un mínimo (4%) de personas que ya no realizan ningún trabajo y dependen totalmente de sus familiares. Debido a la edad y al padecimiento de una o varias enfermedades, algunos adultos mayores se han visto en la necesidad de dejar el trabajo al que se dedicaron en su juventud y adultez. Según la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) 2016, solo el 13.6% de los adultos mayores del país cuentan con una ocupación adecuada para su edad y sexo (29).

Por los escasos recursos u otros factores la mayoría de adultos mayores no han tenido la oportunidad de recibir educación o no lograron concluir su educación primaria, es por eso que solo el 1% de los adultos mayores encuestados ha logrado completar sus estudios universitarios. El libro “Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida”, editado por Fermina Rojo Pérez y Gloria Fernández – Mayoraes en 2011, se asemeja con estos resultados, ya que menciona que el 23% de adultos mayores a nivel mundial no han terminado ningún estudio o lo han hecho en un nivel inferior a la primaria (30) .

4.2. Enfermedad crónica no transmisible

Tabla 2. Tipo de enfermedad crónica no transmisible

Tipo de enfermedad	Frecuencia	%
Cardiovascular	27	34%
Respiratorias	1	1%
Metabólicas	9	11%
Osteoarticulares	5	6%
Neurológicas	0	0%
Poli patología	23	29%
Otras	5	6%
Ninguna	10	13%

Las enfermedades predominantes en los adultos mayores de esta comunidad son las cardiovasculares, específicamente la hipertensión arterial (34%). El 29% de estos tienen que cargar con poli patologías, como por ejemplo hipertensión arterial y diabetes o hipertensión arterial y enfermedades osteoarticulares o neurológicas. El 31% padecen enfermedades de tipo metabólicas (diabetes mellitus tipo 1 y 2, obesidad y dislipidemias), respiratorias como la EPOC y osteoarticulares como la artritis y osteoporosis. Solo el 13% de los adultos mayores no padecen ninguna enfermedad crónica no transmisible. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Juan Carlos Llibre Guerra en el estudio titulado “Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores”, en el cual la hipertensión arterial constituyó la enfermedad de mayor frecuencia en adultos mayores de La Habana, seguido por la diabetes mellitus (6).

Tabla 3. Edad a la que fue diagnosticada la enfermedad crónica no transmisible

Resultado	Frecuencia	%
Menos de 20 años	3	4%
De 30-40 años	2	3%
De 41-50 años	24	30%
De 51-60 años	24	30%
De 61-70 años	12	15%
De 71-80 años	3	4%
De 81-90 años	1	1%
Ninguna	11	14%
Total	80	100%

La edad en la que le diagnosticaron las enfermedades mencionadas anteriormente varía de entre menos de 20 años y 90 años. El 4% de los adultos mayores han cargado con la enfermedad desde antes de sus 20 años. El 60% fueron diagnosticados en edades comprendidas entre los 40 y 60 años. La aparición temprana de enfermedades crónicas está relacionada a malos hábitos alimenticios, vida sedentaria, genética, consumo de sustancias tóxicas o el padecimiento de otras enfermedades. Según datos de la Organización Mundial de la Salud las ECNT son diagnosticadas con mayor frecuencia antes de los 50 años de edad (16).

Tabla 4. Tratamiento de la enfermedad crónica no transmisible

Resultado	Frecuencia	%
Si	66	83%
No	14	18%
Total	80	100%

La mayoría de los adultos mayores (82%) afirmaron que reciben tratamiento para la enfermedad que padecen, ya sea en centros de salud o particularmente. Según el Ministerio de Salud Pública (2016) la mayor parte de la población recibe un tratamiento adecuado para contrarrestar las consecuencias y síntomas de su enfermedad, debido a la implementación y aplicación de políticas públicas en salud (5).

Tabla 5. Persona o entidad que cubre los gastos del tratamiento

	Frecuencia	%
Recursos propios	9	10%
Familia	10	13%
Ministerio de salud	50	63%
Otros	2	3%
Recursos mixtos	9	11%

La mayoría de los encuestados (63%) manifestaron que quien cubre los gastos por su enfermedad es el Ministerio de Salud Pública, notándose su satisfacción por la calidad de atención que reciben. En algunos de los casos son los adultos mayores o su familia los que cubren los gastos en salud (23%). El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es otra de las entidades encargada de brindar atención a los adultos mayores de esta comunidad (3%); y un 11% de adultos mayores recibe tratamiento con recursos mixtos, es decir que una parte la cubre el Ministerio de Salud Pública y otra parte ellos mismos o sus familiares. Según la investigación de Ruth Lucio, Nilhda Villacrés y Rodrigo Henríquez en 2011, el Ministerio de Salud Pública cubre alrededor del 51% de los gastos en salud del Ecuador, seguido por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que cubre por lo menos un 20% de los gastos de salud de la población ecuatoriana (31).

Tabla 6. Cantidad de dinero mensual que necesitan los adultos mayores que cubren sus gastos de tratamiento

Resultado	Frecuencia	%
Menos de 50 \$	11	14%
Entre 50 \$ y 100 \$	17	21%
Entre 100 \$ y 150 \$	1	1%
Más de 150 \$	0	0%
Nada	51	64%
Total	80	100%

Para los gastos del tratamiento de su enfermedad, la mayor parte de adultos mayores que se deben costear su propio tratamiento, manifestaron que necesitan entre 50 y 100 dólares aproximadamente, y de esta forma lograr consumir toda la medicación prescrita ya sea por parte de médicos del MSP, IESS o médicos particulares. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2014, cada familia ecuatoriana debe contar por lo menos con 50 dólares mensuales para gastos relacionados a salud (4).

Tabla 7. Deterioro de salud de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles durante el último año

Resultado	Frecuencia	%
Si	55	69%
No	25	31%
Total	80	100%

Debido al mal régimen terapéutico de los adultos mayores es posible que sufran un deterioro en su estado de salud, es por eso que únicamente el 31% de los encuestados refiere que su estado de salud no se ha deteriorado en el último año y lo que es mejor aún algunos refieren sentir mejorías. Según datos del Ministerio de Salud Pública la condición de salud de los enfermos crónicos ha mejorado en los últimos años debido al cumplimiento de nuevas estrategias y programas que se han implementado, con el fin de brindar una mejor calidad de atención a la población más vulnerable (5).

Tabla 8. Limitación de actividades diarias debido al padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles

Resultado	Frecuencia	%
Mucho	18	23%
Medianamente	38	48%
No me limita	23	29%
Ninguna	1	1%
Total	80	100%

A pesar de padecer una enfermedad que muchas veces impide realizar ciertas actividades, el 77 % de los adultos mayores menciona que la enfermedad ha limitado poco o nada sus actividades diarias, desafortunadamente hay una minoría significativa de adultos mayores que han visto muy limitadas sus actividades diarias. Muchas de estas limitaciones se deben a la presencia de enfermedades osteoarticulares, entre otras enfermedades que provocan degeneración continua del estado de salud de las personas. Por otro lado, el estudio de la Revista cubana de Salud Pública, menciona que las enfermedades crónicas no transmisibles conllevan en la actualidad un alto índice de morbilidad y limitación física (9).

4.3. Estilo de vida

Tabla 9. Consumo de sustancias toxicas

Resultado	Alcohol	Tabaco	Otras drogas	%
Nunca	51	69	80	83%
Raramente	14	2	0	7%
A veces	15	3	0	8%
Frecuentemente	0	4	0	2%
Siempre	0	2	0	1%
Total	80	80	80	100%

Actualmente los adultos mayores, debido a su edad y al padecimiento de enfermedades crónicas no trasmisibles, han dejado atrás algunos hábitos, como por ejemplo el consumo del frecuente de sustancias toxicas como el alcohol. En esta zona del país es muy común el consumo habitual de alcohol y tabaco, por eso no es extraño encontrar que el 1% de encuestados mencionan que siempre consumen alcohol. Según un boletín realizado por el Observatorio Chileno de Drogas en el año 2015, 32,5% de los adultos mayores de ese país consume sustancias toxicas, principalmente alcohol, este grupo está compuesto por hombres menores de 70 años (32).

Tabla 10. Actividad física

Resultado	Frecuencia	%
Sedentario	34	43%
Caminata diaria	44	55%
Trotar	0	0%
Gimnasio	0	0%
Bailo terapia	2	3%
Total	80	100%

Debido a la edad y al padecimiento de enfermedades crónicas, los adultos mayores tienden al sedentarismo, pero hay otros que aun realizan actividad física, como por ejemplo caminatas diarias que tienen una duración de 30 minutos aproximadamente. Según un boletín informativo escrito por la Licenciada Ana Mora, Fisioterapeuta de la Asociación Cartaginesa de Atención a Ciudadanos de la Tercera Edad, los adultos mayores optan por llevar una vida sedentaria con la excusa de que la actividad física les aumenta el dolor, provocando así una atrofia muscular que favorece las discapacidades motrices en adultos mayores (33).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La enfermedad crónica no transmisibles con mayor prevalencia en esta comunidad es la hipertensión arterial con un 34%, seguido de los adultos mayores con poli patologías como diabetes más hipertensión arterial con un 29%, y luego están las enfermedades de tipo metabólicas como la diabetes y la obesidad con un 11%.
- Podemos concluir que los adultos mayores de esta comunidad tienen un promedio de 72 años de edad, la mayor parte de estos están casados, se autodefinen como mestizos y otros como afroecuatorianos o negros, en su mayoría son mujeres que se dedican a los quehaceres domésticos, y por razones económicas o ideológicas del pasado empezaron la primaria, pero no pudieron concluirla.
- En conclusión, la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles altera significativamente la calidad de vida de los adultos mayores, debido a que estas enfermedades conllevan una degeneración continua del estado de salud, impidiendo así que los adultos mayores sean capaces de valerse por sí mismos, disminuyendo su autonomía y aumentando su grado de dependencia, ya sea de su familia o de un cuidador externo.
- El estilo de vida juega un rol muy importante en la aparición y deterioro de enfermedades crónicas no transmisibles, puesto que muchas de estas se desarrollan debido a malos hábitos como el consumo de sustancias tóxicas, mala alimentación y sedentarismo.

- Luego de analizar los resultados, se realizó un plan de cuidados de enfermería enfocándonos principalmente en la promoción de salud y de esta manera ayudar a los adultos mayores que reciben atención en el centro de salud de Ambuqui a mejorar su calidad de vida.

5.2. Recomendaciones

- Debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la comunidad, la Unidad Operativa debería aumentar las actividades de promoción de la salud, con el fin de diagnosticar tempranamente estas patologías y de ser posible prevenirlas.
- Se recomienda a los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles acudir mensualmente a los controles de salud, y de esta manera evitar que su estado de salud se deteriore, teniendo así un mejor régimen terapéutico.
- Tomando en cuenta que las enfermedades crónicas no transmisibles afectan la calidad de vida y limitan significativamente la autonomía de los adultos mayores, se recomienda a los familiares acudir con ellos a sus controles mensuales, y estar al tanto de su estado de salud para contribuir al buen manejo del tratamiento.
- Es recomendable que la Unidad Operativa establezca por lo menos dos reuniones mensuales con los adultos mayores de la comunidad, con el fin de que una de estas reuniones sea para tratar temas referentes a la patología y la otra para la realización de actividades recreativas acordes a la condición de salud de cada adulto mayor.
- Se recomienda la realización continua de planes de cuidados por parte del personal de enfermería, ya que de esta manera se puede brindar al adulto mayor una atención de calidad y aumentar el conocimiento que ellos tienen de su enfermedad y actividades de autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Uribe V, Alonso Palacio. Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. Revista Científica Salud Uninorte. 2010 Diciembre ; 26(2).
2. Organización Mundial De La Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online]. Estados Unidos: Organización Mundial De La Salud; 2006. Available from: <http://www.who.int/es/>.
3. Alonso Galbán , Sansó Soberats , Díaz-Canel Navarro , Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Revista Cubana de Salud Pública. 2007 Marzo ; 33(1).
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Online].; 2011 [cited 2016 Octubre 05. Available from: <http://www.inec.gob.ec/>.
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de información de salud DNEAIS. [Online].; 2016 [cited 2017 Septiembre 21. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbilidadambulatoria2016/Men?publish=yes>.
6. Llibre Guerra C, Guerra Hernández , Perera Miniet. Comportamiento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Adultos Mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2008 Octubre-Diciembre ; 24(4).
7. Conrado Peranovich. Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 - 2009. Scielo. 2016 Abril - Junio ; 40(109).
8. Mayoral Cortes , Aragonés Sanz , Godoy , Sierra Moros , Cano Portero , González Moran F, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. Gaceta Sanitaria. 2016 Marzo- Abril ; 30(2).
9. Thielmann K, Illnait Ferrer , Clark Arxer. Determinantes individuales y sociales de la salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2013 Abril - Junio ; 39(2).

10. Freire B, Ramírez-Luzuriaga , Belmont , Mendieta MJ, Silva-Jaramillo , Romero , et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Primera ed. Pública MdS, Censos INDeY, editors. Quito: El Telegrafo ; 2012.
11. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal San Miguel de Ibarra. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal San Miguel de Ibarra. [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 08. Available from: <https://www.ibarra.gob.ec/web/index.php/informativo/ibarra1234/informacion-general>.
12. McGraw-Hill Interamericana de España. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. In España MHId, editor. Atención socio sanitaria a personas dependientes en instituciones sociales. Madrid : Mecohisa ; 2010. p. 21-38.
13. Miniterio de Inclusión Económica y Social. Miniterio de Inclusión Económica y Social. [Online].; 2012 [cited 2017 Julio 21. Available from: <http://www.inclusion.gob.ec>.
14. Barraza A, Castillo M. El Envejecimiento. Diplomado. Valdivia : Universidad Austral de Chile, Escuela de medicina ; 2016. Report No.: ISBN.
15. Marchionni M, Caporale J, Conconi A, Porto N. Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención. Resúmenes de políticas. La Palta: Universidad Internacional de La Palta, Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales; 2011.
16. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
17. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2010 [cited 2017 Julio 20. Available from: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>.
18. Perez , Puig-Peiró , Paz S, Lizán L. Coste directo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica asociado a variaciones en adherencia y persistencia. Revista de Patología Respiratoria. 2015 Abril-Junio; 18(2).

19. Corona Morales A, Castillo L, editors. Las enfermedades metabólicas y su impacto en la salud. Primera ed. Barcelona: Elzevier; 2014.
20. Rúa Elorduy M. Asociación Española de Pediatría. [Online].; 2014 [cited 2017 Agosto 12. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/25_enf_primarias_ostearticulares.pdf.
21. Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. Cáncer en adultos mayores. In Clínica SEdO, editor. Programa de educación para pacientes de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. Alejandría : ASCO; 2012. p. 1-44.
22. Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Tesis. Popayan : Universidad De Cauca , Programa de Enfermería ; 2012. Report No.: ISBN.
23. Pretell Haro. Teorías y Modelos de Enfermería. Primera ed. Marcos UNMdS, editor. Lima : LEPH; 2014.
24. Beckford V. SlideShare. [Online].; 2013 [cited 2017 Septiembre 20. Available from: <https://es.slideshare.net/Modelos09/cuidado-humano-de-jean-watson>.
25. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. Quito;; 2008.
26. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir. Quito;; 2013.
27. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. CIOMS. [Online].; 2002 [cited 2016 Octubre 19. Available from: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.
28. Pacharone Bertolini Bidinotto D, Pessuto Simonetti , Mangini Bocchi. La salud del hombre: las enfermedades crónicas y la vulnerabilidad social. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2016 Enero ; 24(2).
29. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ecuador en Cifras. [Online].; 2016 [cited 2017 Sentiembre 29. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2016/Marzo-2016/Presentacion%20Empleo_0316.pdf.

30. Rodríguez Rodríguez. Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida. Primera ed. Rojo Pérez F, Fernández Mayorales G, editors. Bilbao: Fundacion BBVA; 2011.
31. Lucio R, Villacrés N, Henríquez. Sistema de salud de Ecuador. Scielo. 2011 Enero ; 53(2).
32. Marín J. Ministerio del Interior y Seguridad Pública Chile. [Online].; 2015 [cited 2017 Septiembre 29. Available from: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2015/03/Boletin-23.pdf>.
33. Mora Mora. AS.CA.TE. [Online].; 2011 [cited 2017 Septiembre 22. Available from: http://www.ascatealzheimer.org/web/boletines/Bol_2011/boletin64-marzo-2011.html.
34. Copa , Marcos. Planes de Cuidado según Taxonomias NANDA NIC Y NOC. In Jornadas de Enfermería y de Técnicos de Nefrología Pediátrica ; 2012; Buenos Aires. p. 1-24.
35. NANDA International Inc. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2015-2017 Herdman TH, editor. Barcelona: Elsevier; 2015.
36. Nursing Outcomes Classifications (NOC). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. Quinta ed. Moorhead S, Johnson , Maas L, Swanson E, editors. Barcelona: Elsevier; 2014.
37. Nursing Interventions Classification (NIC). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta ed. Bulechek M, Butcher H, Dochterman J, Wagner M, editors. Barcelona : Elsevier ; 2014.
38. Juárez , Orlando. Factores de Riesgo para el Consumo de Tabaco en una Población de Adolescentes Escolarizados. Tesis. Perú: UNMSM, Salud ; 2010. Report No.: ISBN.

ANEXOS

Anexo 1: Propuesta

La presente es una propuesta de cuidado de enfermería para las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, basado en los patrones o dominios funcionales de salud propuestos por Marjory Gordon en 1982 y luego adoptados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 2015 – 2017), los resultados esperados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), y las intervenciones de enfermería propuestas por la Nursing Interventions Classification (NIC).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo (34). Sus características son:

- **Sistemático** ya que consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.
- **Dinámico** porque a medida que adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.
- **Humanístico** porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad.

Durante la valoración comienzan las relaciones enfermera- paciente, y su éxito dependerá de los conocimientos y capacidades del profesional de enfermería para interpretar los datos y fomentar una verdadera relación, independientemente de que la información provenga de la familia o acompañantes. Esta valoración incluye varios elementos, entre los que se encuentran: la observación, datos de historia clínica, entrevista, identificación de datos subjetivos y objetivos. Las actividades para la valoración son: la recolección de datos, validación, organización, registro de los datos. En adultos mayores con enfermedades crónicas, la valoración es una herramienta sistemática e integral; es esencial debido a que se ocupa de detectar y cuantificar los problemas tanto médicos, funcionales, mentales y sociales de los adultos mayores (34).

Una vez que se han recopilado de forma ordenada los datos de la valoración, los profesionales de enfermería están listos para emitir un juicio de valor, y realizar de forma correcta los siguientes pasos del plan de cuidados de enfermería, que incluyen: la determinación del problema, el diagnóstico enfermero (NANDA), selección de resultados esperados (NOC), determinación de las intervenciones y actividades (NIC).

Taxonomías

- La taxonomía **NANDA** proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería, sin importar la barrera idiomática y cultural. Los diagnósticos enfermeros según esta taxonomía, se encuentran organizados por dominios y clases; estos son una exposición de las necesidades o problemas del paciente y su familia. Estos diagnósticos pueden ser reales o de riesgo, apoyados en los datos subjetivos y objetivos encontrados en la valoración (aspectos espirituales, físicos, psicológicos y socioculturales) (35).
- La Clasificación de Resultados de Enfermería **NOC**, es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía

NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas. Incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado; facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente (36).

- La taxonomía **NIC**, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades (37). Las intervenciones de enfermería pueden ser:
 - Dependientes: actividades que el personal de enfermería ejecuta siempre y cuando exista una indicación médica.
 - Interdependientes: actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
 - Independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

Dominio 1: Promoción de la salud. Trata de recoger información sobre la conciencia que un individuo tiene sobre su bienestar, así como también de las estrategias que utiliza para mantener la salud y las medidas preventivas. En el caso de los adultos mayores con enfermedades crónicas, para el uso de algún diagnóstico de este dominio debemos basarnos en como él percibe su estado de salud y bienestar, si es capaz o no de demostrar conductas adaptativas para cambiar el entorno, el interés que demuestre por mejorar las conductas de salud, el estado de sus sistemas de soporte personal e higiene personal.

Dominio 2: Nutrición. Valora las actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes y líquidos, a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía. En adultos mayores debemos observar signos de alteraciones en la boca o dentadura que pueden dificultar la alimentación, así como la piel y mucosas. Tiene 5 clases: ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación.

Dominio 3: Eliminación e intercambio. Consiste en evaluar las funciones excretoras y de intercambio tanto urinarias, gastrointestinales, tegumentarias y las funciones respiratorias. Es posible que en adultos mayores encontremos dificultad o incontinencia urinaria, problemas de intercambio gaseoso comunes en pacientes con patologías respiratorias y cardíacas. En este dominio hay 4 clases: función urinaria, función gastrointestinal, función tegumentaria, función respiratoria.

Dominio 4: Actividad/reposo. Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y analiza los patrones de sueño, descanso y relajación. Se debe recoger información tanto de la producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos, como de movilidad, la capacidad de la persona para realizar acciones de autocuidado y los mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo del adulto mayor.

Dominio 5: Percepción cognición. En este patrón se valora el sistema de procesamiento de la información humana, incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación. Tomaremos en cuenta la capacidad del adulto mayor para receptor la información a través de sus sentidos, y como

reconoce, identifica y comprende patrones; además de la manera en la que es capaz de resolver problemas habituales. Para una correcta valoración, no solo debemos concentrarnos en el paciente, sino también en su familia, en busca de signos de desorganización familiar o estrés, que se evidenciará al momento de tomar decisiones.

Dominio 6: Autopercepción. Describe las actitudes acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. Es importante observar la postura corporal, el movimiento, el contacto visual y los timbres de voz y patrones de conversación. En adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles, se ve amenazado el autoconcepto, debido a que generan cambios físicos, mentales y sociales.

Dominio 7: Rol relaciones. en la medida que la enfermedad crónica progresa, ya sea como proceso natural o en sus fases de agudización, los familiares o cuidadores deben incorporar una serie de ajustes a su cotidianidad, para ofrecer un cuidado acorde a sus necesidades. Es posible que el o los cuidadores presenten algunas dificultades a la hora de cuidar, ya sea por desconocimiento del proceso de enfermedad, o por múltiples factores que impactan en la relación interna o externa (consigo mismo o con su familiar enfermo); de ahí, que también sea imprescindible que el profesional de enfermería valore las dinámicas de cuidado.

Dominio 9: Afrontamiento tolerancia al estrés. Valora las estrategias y las formas como las personas afrontan y controlan el estrés, con lo cual, aparece una capacidad para adaptarse a los cambios. Este dominio se ve afectado cuando el enfermo crónico expresa sentirse estresado por su situación actual, y no disponga de medidas o herramientas para afrontarlo o reducirlo. Además, el adulto mayor no será capaz de afrontar situaciones actuales o pasadas de forma efectiva, y necesite el uso de medicamentos para superar dichas situaciones.

Dominio 10: Principios vitales. Explora las creencias que guían o rigen las decisiones y el valor moral al considerar algo como positivo, correcto, bueno, justo, negativo o

incorrecto. En este dominio las prácticas religiosas del adulto mayor son muy importantes; podremos encontrar conflictos con algunas creencias o prácticas religiosas cotidianas que eran normativas en la vida de la persona y se ven limitadas por el movimiento y la imposibilidad de congregarse, dando pie a conflictos morales y éticos en el sentido del sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte.

Dominio 11: Seguridad/protección. Trata de valorar los riesgos de cada individuo a la infección por gérmenes, lesiones o daños corporales, el empleo de fuerza o violencia que provoquen lesiones o abuso, los peligros ambientales según la edad del paciente o situación de salud, los procesos mediante los que una persona se autoprotege (respuestas inmunológicas) y procesos fisiológicos de regulación del calor y energía corporal. En adultos mayores las caídas constituyen una causa importante de lesiones, incapacidad e incluso de muerte, también son un indicador importante en geriatría para definir al anciano frágil.

Dominio 12: Confort. Examinaremos la situación de bienestar o comodidad física, mental y social de cada adulto mayor. Se indaga sobre la presencia de datos subjetivos como el dolor, la náusea, así como de cualquier elemento del entorno, tanto físico como social, que pudiera alterar la sensación de comodidad de la persona.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 1. Promoción de la salud Clase: 2. Gestión de la salud Código: 00078 Definición: patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.	Dominio: 4. Conocimiento y conducta de salud. Clase: Q. Conducta de salud Código: 1601 Resultado: Conducta de cumplimiento.	Indicadores 160103 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito. 160104 Acepta el diagnóstico. 160114 Busca información acreditada sobre el diagnóstico.	Escala de medición - Nunca demostrado - Raramente demostrado - A veces demostrado - Frecuentemente demostrado - Siempre demostrado	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
Diagnóstico: Gestión ineficaz de la salud. Relacionado con: conflictos familiares, patrones familiares de cuidado de la salud, déficit de conocimiento, dificultades económicas, complejidad del sistema sanitario y demandas excesivas (personales y familiares). Manifestado por: expresiones de dificultad con los tratamientos prescritos, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.				3	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente			Intervención Independiente		
Campo: 3 Conductual	Clase: S Educación a los pacientes		Campo: 3 Conductual	Clase: P Terapia cognitiva	
Intervención: Enseñanza: Proceso de enfermedad		Código: 5602	Intervención: Facilitar el aprendizaje		Código: 5520
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. - Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas. - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, - Identificar cambios en el estado físico del paciente. - Evitar las promesas tranquilizadoras vacías. - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender. - Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente. - Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. - Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. - Disponer de un ambiente que induzca el aprendizaje. - Fomentar la expresión libre de opiniones e ideas diferentes. - Mantener sesiones de enseñanza cortas. - Repetir la información importante. 		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 2. Nutrición Clase: 1. Ingestión Código: 00002 Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.	Dominio: 2. Salud fisiológica Clase: K. Digestión y Nutrición Código: 1004 Resultado: Estado nutricional.	Indicadores 100401 Ingestión de nutrientes. 100402 Ingestión de alimentos. 100405 Relación peso/talla	Escala de medición - Desviación grave del rango normal - Desviación sustancial del rango normal - Desviación moderada del rango normal - Desviación leve del rango normal - Sin desviación del rango normal	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
Diagnóstico: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. Relacionado con: ingesta diaria insuficiente, factores biológicos. Manifestado por: ingesta inferior a las cantidades recomendadas, falta de interés por la comida.				3	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente			Intervención Independiente		
Campo: 1. Fisiológico básico	Clase: D. Apoyo nutricional	Código: 5614	Campo: 1. Fisiológico: Básico	Clase: D. Apoyo nutricional	Código: 1100
Intervención: Enseñanza: Dieta Prescrita			Intervención: Manejo de la Nutrición		Código: 1100
Actividades: - Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita. - Determinar cualquier limitación económica que pueda afectar a la compra de alimentos. - Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos. - Remitir al paciente a un nutricionista, si procede.			Actividades: - Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. - Determinar las preferencias alimentarias del paciente. - Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas, si procede. - Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad (para adultos mayores el aumento de la ingesta de fibra para prevenir el estreñimiento). - Derivar al paciente a los servicios necesarios.		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)	Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)				
Dominio: 3. Eliminación e intercambio Clase: 4. Función respiratoria Código: 00030 Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar.	Dominio: 2. Salud Fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar Código: 0402 Resultado: Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	Indicadores 040203 Disnea en reposo. 040204 Disnea de esfuerzo. 040206 Cianosis	Escala de medición - Grave - Sustancial - Moderado - Leve - Ninguno	Puntuación Diana Mantener Aumentar	
				3	5
Diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases Relacionado con: desequilibrio en la ventilación perfusión. Manifestado por: disnea, diaforesis, inquietud, irritabilidad, taquicardia, patrón respiratorio anormal.		040211 Saturación de oxígeno.	- Desviación grave del rango normal - Desviación sustancial del rango normal - Desviación moderada del rango normal - Desviación leve del rango normal - Sin desviación	3	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente					
Campo: 4 Seguridad		Clase: V. Control de riesgos			
Intervención: Vigilancia		Código: 6650			
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los riesgos de salud del paciente. - Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud - Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (alteración de signos vitales, baja saturación de oxígeno, alteración del nivel de conciencia, dolor torácico, sensación del personal de enfermería o del paciente de que algo va mal). - Monitorizar signos vitales. - Activar el equipo de respuesta rápida si está indicado por la presencia de elementos de alerta. - Vigilar el patrón de eliminación - Establecer el tratamiento adecuado, de acuerdo a protocolos vigentes. 					

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA						
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)				
Dominio: 4. Actividad/Reposo Clase: 2. Actividad/Ejercicio Código: 00088 Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.		Dominio: 1. Salud Funcional Clase: Q. Conducta de salud Código: 0200 Resultado: Ambular	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
					Mantener	Aumentar
Diagnóstico: Deterioro de la ambulación Relacionado con: edad, miedo a las caídas, deterioro del equilibrio, deterioro de la visión, obesidad, dolor. Manifestado por: deterioro de caminar sobre superficies irregulares, de la habilidad para caminar las distancias requeridas y de la habilidad para pasar obstáculos.			020002 Camina con marcha eficaz 020010 Camina distancias cortas 020011 Camina distancias moderadas 020012 Camina distancias largas 020016 Se adapta a diferentes tipos de superficies 020017 Camina alrededor de obstáculos	- Gravemente comprometido - Sustancialmente comprometido - Moderadamente comprometido - Levemente comprometido - No comprometido	2	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)						
Intervención Independiente			Intervención Independiente			
Campo: 1 Fisiológico: Básico		Clase: A Control de actividad y ejercicio	Campo: 1 Fisiológico: Básico		Clase: A Control de actividad y ejercicio	
Intervención: Terapia de ejercicios: Ambulación		Código: 0221	Intervención: Fomento del ejercicio		Código: 0200	
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. - Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. - Aplicar o proporcionar un dispositivo de ayuda, para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad. - Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas. - Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulación. - Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus posibilidades. - Instruir al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud. - Preparar al paciente en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. - Incluir a la familia o cuidadores en la planificación, mantenimiento y ejecución del programa de ejercicios. 			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 5. Percepción / Cognición Clase: 4. Cognición Código: 00131 Definición: Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.	Dominio: 6. Cognitivo perceptivo Clase: J. Neurocognitiva Código: 0908 Resultado: Memoria	Indicadores 090801 Recuerda la información inmediata de forma precisa. 090802 Recuerda la información reciente de forma precisa. 090803 Recuerda la información pasada de forma precisa.	Escala de medición - Gravemente comprometido - Sustancialmente comprometido - Moderadamente comprometido - Levemente comprometido - No comprometido	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
Diagnóstico: Deterioro de la memoria Relacionado con: trastornos neurológicos, disminución del gasto cardiaco, excesivas alteraciones ambientales, desequilibrio de líquidos o electrolitos. Manifestado por: incapacidad para recordar información, incapacidad para retener o aprender nueva información o habilidades.				2	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente					
Campo: 3. Conductual			Clase: P. Terapia cognitiva		
Intervención: Entrenamiento de la memoria			Código: 4760		
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que haya experimentado. - Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. - Recordar experiencias pasadas con el paciente. - Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos nemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. - Controlar cambios de la memoria con el entrenamiento. - Proporcionar entrenamiento de orientación. - Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 					

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 6. Auto percepción Clase: 1. Auto concepto Código: 00124 Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.	Dominio: 3. Salud psicosocial Clase: M. Bienestar psicológico Código: 1204 Resultado: Equilibrio emocional	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
		120402 muestra un estado de ánimo sereno 120403 conversa a un ritmo moderado 120424 Expresa el seguimiento del régimen de medicación	- Nunca demostrado - Raramente demostrado - A veces demostrado - Frecuentemente demostrado - Siempre demostrado	3	5
Diagnóstico: Desesperanza Relacionado con: abandono, aislamiento social, deterioro del estado fisiológico. Manifestado por: disminución de las emociones, del apetito y de respuesta ante estímulos, falta de implicación en los cuidados, pasividad.		120420 Depresión	- Siempre demostrado - Frecuentemente demostrado - A veces demostrado - Raramente demostrado - Nunca demostrado	3	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente			Intervención Independiente		
Campo: 3. Conductual	Clase: R. Ayuda para el afrontamiento		Campo: 3. Conductual	Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	
Intervención: Control del estado de ánimo	Código: 5330		Intervención: Dar esperanza	Código: 5310	
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. - Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas. - Comprobar la capacidad de autocuidado. - Vigilar el estado físico del paciente - Vigilar la función cognitiva - Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, si corresponde. - Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuada. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona. - Evitar disfrazar la verdad. - Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. - Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados - Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo. - Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible. 		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 7. Rol relaciones Clase: 1. Roles de cuidador Código: 00062 Definición: Vulnerable a sentir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar que puede comprometer la salud.	Dominio: 6. Salud familiar Clase: W. ejecución del cuidador familiar Código: 2203 Resultado: Alteración del estilo de vida del cuidador principal	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
Diagnóstico: Riesgo de cansancio del rol cuidador Relacionado con: la cantidad de tareas de cuidados, comportamiento atípico o desviado del receptor, deterioro de salud del cuidador, conflicto entre diferentes compromisos del cuidador, codependencia, duración de la necesidad de cuidado, disfunción familiar previa al inicio de la situación en que se requieren cuidados, aislamiento de la familia, enfermedad grave del receptor de los cuidados, falta de experiencia para cuidar, violencia, curso impredecible de la enfermedad.		220302 realización del rol. 220304 oportunidades para la intimidad 220305 relaciones con otros miembros de la familia 220307 apoyo social	– Gravemente comprometido – Sustancialmente comprometido – Moderadamente comprometido – Levemente comprometido No comprometido	3	5
		220315 trastorno de la rutina 220317 trastorno de la dinámica familiar 220319 cargas económicas a causa del papel de cuidador	– Grave – Sustancial – Moderado – Leve – Ninguno	3	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente			Intervención Independiente		
Campo: 5. Familia	Clase: X. Cuidados durante la vida		Campo: 3. Conductual	Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	
Intervención: Apoyo al cuidador principal		Código: 7040	Intervención: Apoyo a la familia		Código: 5310
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. – Determinar la aceptación del cuidador de su papel. – Admitir las dificultades del rol cuidador principal. – Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. – Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. – Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador – Monitorizar problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. – Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> – Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados. – Ofrecer una esperanza realista. – Aceptar los valores de la familia sin emitir juicios. – Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas. – Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios. – Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente. 		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 9. Afrontamiento Tolerancia al estrés Clase: 2. Respuestas de afrontamiento Código: 00146 Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. Diagnóstico: Ansiedad Relacionado con: crisis situacional, estresores, grandes cambios (p. ej. La situación económica, el entorno, el estado de salud, los patrones de interacción, el rol). Manifestado por: debilidad, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la presión arterial, aumento en la frecuencia cardíaca, náuseas, fatiga, dolor abdominal, alteración en el patrón de sueño, aumento de la sudoración, temblores, preocupación, alteración en la atención, irritabilidad.	Dominio: 3. Salud Psicosocial Clase: N. adaptación psicosocial Código: 1302 Resultado: Afrontamiento de problemas	Indicadores 130201 identifica patrones de superación eficaces. 130203 verbaliza sensación de control. 130207 modifica el estilo de vida para reducir el estrés. 130208 se adapta a los cambios en desarrollo. 130221 busca información acreditada sobre el tratamiento.	Escala de medición - Nunca demostrado - Raramente demostrado - A veces demostrado - Frecuentemente demostrado - Siempre demostrado	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
				3	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente			Intervención Dependiente		
Campo: 3 Conductual		Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	Campo: 3 Conductual		Clase: T. fomento de la comodidad psicológica
Intervención: Apoyo emocional		Código: 5270	Intervención: Disminución de la ansiedad		Código: 5820
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Escuchar con atención. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Animar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda. 		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 10. Principios vitales Clase: 3. Congruencia entre valores/ creencias/ acciones Código: 00067 Definición: Vulnerable a un deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo que puede comprometer la salud.	Dominio: 3. Salud psicosocial Clase: N. adaptación psicosocial Código: 1300 Resultado: Aceptación: estado de salud	Indicadores 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud. 130020 Expresa autoestima positiva. 130016 Mantiene las relaciones 130010 Afrontamiento de la situación de salud 130014 Realiza las tareas de autocuidado	Escala de medición - Nunca demostrado - Raramente demostrado - A veces demostrado - Frecuentemente demostrado - Siempre demostrado	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
Diagnóstico: Riesgo de sufrimiento espiritual Relacionado con: enfermedad crónica, cambios ambientales, ansiedad, cambio en los rituales religiosos y practicas espirituales, separación de sus sistemas de apoyo.				3	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente			Intervención Independiente		
Campo: 3 Conductual	R. Ayuda para el afrontamiento		Campo: 3 Conductual	Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	
Intervención: Apoyo espiritual	Código: 5420		Intervención: Facilitar la práctica religiosa	Código: 5424	
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda. - Tratar al individuo con dignidad y respeto. - Fomentar la participación en grupos de apoyo - Compartir la propia perspectiva espiritual. - Dar oportunidades para discutir sobre los diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo. - Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo. - Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud. - Tratar al individuo con dignidad y respeto. - Dar oportunidades para comentar diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo. - Fomentar la conversación sobre intereses religiosos - Investigar alternativas de culto. 		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 11. Seguridad/Protección Clase: 2. Lesión física Código: 00155 Definición: Vulnerable a un aumento de las susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.	Dominio: 4. Conocimiento y conducta de salud. Clase: T. Control del riesgo y seguridad Código: 1909 Resultado: Conducta de prevención de caídas.	Indicadores 190923 Pide ayuda 190903 coloca barreras para prevenir caídas. 190906 Elimina el desorden, derramamientos y abrillantadores del suelo. 190917 Utiliza precauciones cuando toma medicamentos que aumentan el riesgo de caídas.	Escala de medición - Nunca demostrado - Raramente demostrado - A veces demostrado - Frecuentemente demostrado - Siempre demostrado	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
		3	5		
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente			Intervención Independiente		
Campo: 4. Seguridad		Clase: V. control de riesgo	Campo: 4. Seguridad		Clase: V. control de riesgo
Intervención: Manejo ambiental: Seguridad		Código: 6486	Intervención: Prevención de Caídas		Código: 6490
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente. - Identificar los riesgos de seguridad en los ambientes (físicos, biológicos y químicos). - Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. - Dispones dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente. - Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. - Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. - Ayudar a la deambulación de las personas inestables. - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. - Disponer zonas de almacenamiento de fácil alcance. - Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad 		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
Diagnóstico De Enfermería (NANDA)		Clasificación De Los Resultados De Enfermería (NOC)			
Dominio: 12 Confort Clase: 3 confort social Código: 000214 Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural, y/o social.	Dominio: 5. Salud percibida Clase: U. salud y calidad de vida. Código: 2008 Resultado: Estado de comodidad.	Indicadores 200801 Bienestar físico. 200802 Control de síntomas. 200803 Bienestar psicológico 200806 Apoyo social de la familia.	Escala de medición - Gravemente comprometido - Sustancialmente comprometido - Moderadamente comprometido - Levemente comprometido - No comprometido	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
Diagnóstico: Disconfort Relacionado con: síntomas de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento. Manifestado por: ansiedad, deterioro en el patrón del sueño, irritabilidad, inquietud.				2	5
Clasificación De Las Intervenciones De Enfermería (NIC)					
Intervención Independiente			Intervención Dependiente		
Campo: 3. Conductual	Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	Código: 5420	Campo: 3. Conductual	Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica	Código: 6040
Intervención: Apoyo espiritual		Código: 5420	Intervención: Terapia de relajación		Código: 6040
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. - Tratar al individuo con respeto - Estar abierto a expresiones de preocupación del individuo - Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte. - Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada. - Expresar simpatía con los sentimientos del individuo. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipo de relajación disponibles. - Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado. - Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida. - Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable. - Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. - Dejar al paciente un tiempo sin molestarle. - Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas. 		

Anexo 2: Variables independientes

• Objetivo: Determinar las características socioeconómicas de la población en estudio.				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Características socioeconómicas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (38).	Edad	Años cumplidos	60-70 70-80 80-90
		Genero	Características sexuales	Femenino Masculino
		Estado civil	Establecido por el registro civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
		Etnia	Autodefinición	Mestizo Afro ecuatoriano Indígena Otro

Anexo 3: Variables independientes

<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Identificar el tipo de enfermedades crónicas no transmisibles presentes en los adultos mayores de esta parroquia. 				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Tipo de enfermedad crónica no transmisible	Las enfermedades crónicas no transmisibles son enfermedades de curso prolongando que necesitan tratamientos continuos para su control. No se resuelven espontáneamente y rara vez se logra una cura completa (16).	Cardiovasculares	Frecuencia	Si No
		Respiratorias	Frecuencia	Si No
		Metabólicas	Frecuencia	Si No
		Osteoarticulares	Frecuencia	Si No
		Neurológicas	Frecuencia	Si No

Objetivo:				
<ul style="list-style-type: none"> • Describir el impacto que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles en la calidad de vida de los adultos mayores. 				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Calidad de vida	<p>Según la OMS la definición de Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.</p>	Bienestar físico	Salud	Nivel de satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo
			Actividades de la vida diaria	
			Atención sanitaria	
			Ocio	
		Bienestar emocional	Alegría	Nivel de satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo
			Auto concepto	
			Ausencia de estrés	
		Relaciones interpersonales	Interacciones	Nivel de satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo
			Relaciones	
			Sistemas de Apoyo	
		Bienestar material	Estado financiero	Nivel de satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo
			Empleo	
Vivienda				

Objetivo:				
<ul style="list-style-type: none"> Relacionar el estilo de vida con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. 				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Estilo de vida	Son procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (2).	Consumo de sustancias tóxicas	Alcohol	Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre
			Tabaco	
			Otras drogas	
		Ejercicio físico	Actividades realizadas	Sedentario Caminata diaria Trotar Gimnasio
		Hábitos Alimenticios	Consumo de comida chatarra	Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre
Consumo de alimentos saludables				
Descanso	Horas de sueño	8-12 6-8 4-6 Menos de 4 horas		

Anexo 4: Encuesta



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



ENCUESTA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

La siguiente encuesta es una adaptación realizada a partir del formulario de salud SF – 36, para ofrecer una perspectiva general del estado de salud de una persona.

1. Datos sociodemográficos

1.1. ¿Cuántos años tiene?

1.2. Genero

- a. Femenino
- b. Masculino

1.3. Estado civil

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Divorciado
- d. Viudo
- e. Unión libre

1.4. Etnia

- a. Blanco
- b. Mestizo
- c. Afro ecuatoriano
- d. Negro
- e. Indígena

f. Otro ()

1.5. Ocupación

1.6. Escolaridad

- a) Primaria completa ()
- b) Primaria incompleta ()
- c) Secundaria ()
- d) Universidad ()

2. Estilo de vida

2.1. ¿Consume usted alguna de las siguientes sustancias?

Sustancia	Frecuencia				
	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
Alcohol					
Tabaco					
Otras drogas					

Si su respuesta fue otras drogas mencione cual:

2.2. ¿Actualmente realiza alguna actividad física?

- a) Sedentario ()
- b) Caminata diaria ()
- c) Trotar ()
- d) Gimnasio ()
- e) Bailo terapia ()

3. Enfermedad crónica no transmisible

3.1. ¿Padece alguna enfermedad crónica no transmisible?

- a) Cardiovasculares Si () No ()
- b) Respiratorias Si () No ()

- c) Metabólicas Si () No ()
d) Osteoarticulares Si () No ()
e) Neurológicas Si () No ()

En caso de que la respuesta sea positiva indique cual:

3.2. ¿Qué edad tenía usted cuando le diagnosticaron la enfermedad?

3.3. ¿Está recibiendo tratamiento para su enfermedad?

Si () No ()

3.4. Si está recibiendo tratamiento ¿Quién cubre los gastos de dicho tratamiento?

- a) Usted ()
b) Familia ()
c) Ministerio de salud ()
d) Otros ()

En caso de que su respuesta sea otros mencione quien:

3.5. Si es usted o su familia quien cubre los gastos del tratamiento ¿Cuánto dinero necesita mensualmente para cubrir dichos gastos?

- a) Menos de 50 dólares ()
b) Entre 50 y 100 dólares ()
c) Entre 100 y 150 dólares ()
d) Más de 150 dólares ()

3.6. ¿Cree usted que su estado de salud se ha deteriorado en el último año?

Si () No ()

3.7. ¿La enfermedad que padece limita sus actividades diarias?

- a) Mucho ()
b) Medianamente ()
c) No me limita ()

Anexo 5: Fotografías



**NOT TRANSFERABLE CHRONIC ILLNESS IN ELDERLY ADULTS OF THE AMBUQUI HEALTH CENTER,
2016**

Author: Marcela Azucena Santos Carcelén

Tuthor: Lic. Geovanna Altamirano

Mail: marce_santos07@hotmail.com

SUMMARY

This research about the not transferable diseases in elderly adults was carried out at the Ambuqui Health Center in the Imbabura province. Not transferable chronic diseases are long-term diseases, whose evolution is usually slow and result from a combination of genetic, physiological, environmental and behavioral factors. The objective of this research is to determine the prevalence of not transferable chronic diseases in elder adults from this community. It is a quantitative, non-experimental, field, descriptive, and cross-sectional study. To obtain the information an appropriate adaptation was applied for the study population of the form SF-36. The main results were that the average of the adults' age in the community was 72 years, 61% is women engaged in household chores, the predominant ethnicity is the mestiza followed by the Afro-Ecuadorian; cardiovascular diseases are present in 34% of elder adults, followed by metabolic diseases with 31%; 82% receives treatment for their illness from the Ministry of Public Health. In conclusion, it was determined that hypertension is the most prevalent disease in the community and that lifestyle plays an important role in the development of this type of disease and in the deterioration of health status, significantly altering the quality of life of elder adults. A nursing care plan was developed in order to provide a better quality of care for the elderly with these diseases.

Key words: Not transferable chronic diseases, Lifestyle, Nursing care plan.

