



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

TEMA:

“PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON,
CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería

AUTORA: Emma Katherine Zura Mina

DIRECTORA: MSc. Gladys Graciela Ramírez

IBARRA - ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON, CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019**”, de autoría Emma Katerine Zura Mina, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 19 días del mes de noviembre del 2019

Lo certifico

(Firma).....

MSc. Gladys Graciela Ramírez

C.C.: 1000997641

DIRECTORA DE TESIS



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004655179		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Zura Mina Emma Katerine		
DIRECCIÓN:	Cuidadela municipal		
EMAIL:	katerinezura@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062500009	TELÉFONO MÓVIL:	0968502553
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	"PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON, CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019"		
AUTOR (ES):	Zura Mina Emma Katerine		
FECHA:	2019/11/19		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Gladys Graciela Ramírez		

2. CONSTANCIA

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se 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 los terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 19 días del mes de noviembre del 2019

LA AUTORA

(Firma)..... *Katerine Zura*

Emma Katerine Zura Mina

CC.1004655179

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

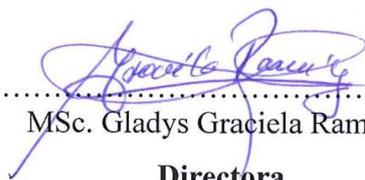
Fecha: Ibarra, 19 de noviembre de 2019

EMMA KATERINE ZURA MINA “PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON, CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019” /TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería, Universidad Técnica del Norte, Ibarra 05 de noviembre de 2019.

DIRECTORA: MSc. Gladys Graciela Ramírez

El principal objetivo de la presente investigación fue, Valorar al adulto mayor según patrones funcionales de Gordon en la Casa Hogar León Rúales, Ibarra 2019. Entre los objetivos específicos se encuentran Caracterizar socio demográficamente al adulto mayor que residen en la Casa Hogar León Rúales de Ibarra; Identificar los patrones funcionales según Gordon en el adulto mayor de la Casa Hogar León Rúales; Diseñar de una guía educativa para instruir a los cuidadores para el mantenimiento de los patrones funcionales.

Fecha: Ibarra, 19 de noviembre de 2019


.....
MSc. Gladys Graciela Ramírez
Directora


.....
Emma Katherine Zura Mina
Autora

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento es una expresión sincera y noble que el ser humano lo hace de corazón, a Dios al rey de reyes, señor de señores, doctor de doctores, por su infinita bondad, la fe que le tengo el me a bendecido al culminar mis estudios que tanto le he pedido.

A mi directora de tesis la Msc. Graciela Ramirez gracias a ella por sus conocimientos, apoyo y tiempo por haberme dirigido mi trabajo de investigación.

A mis abuelos maternos Salomon y Ana a mis tíos Johana, Silvia, Mauricio por siempre darme palabras de aliento, con quienes hemos compartido risas llanto y por siempre decirme esa frase si se puede miya salga adelante.

Agradezco al Asilo León Ruales, por haberme abierto las puertas y colaboración de la realización de mi trabajo de tesis.

A mi segunda casa a la Universidad Técnica del Norte, a mi facultad ciencias de la salud, lugar donde fui formado como una profesional de enfermería.

Infinitas gracias .

Katerine Zura

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación le dedico a la persona suprema al señor Dios por darme la vida desde antes de nacer el me eligio como su hija para ser instrumento de poder servir y ayudar a los demás, con Cristo todo sin Cristo nada.

A mis padres Maneli Zura y Paulina Mina por ser el pilar fundamental en mi vida ,por darme amor protección ya que ellos son mi ejemplo a seguir, les dedico a mi hija que ella es mi motor diario la cual me impulsa a salir adelante, a mis hermanas, tios, abuelos, y de mas familiares.

Katerine Zura

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT	xiv
TEMA:	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Justificación	4
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo General.....	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Preguntas de investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico	7
2.1. Marco referencial.....	7
2.1.1. ¿Cómo se vive el duelo en el ámbito rural? Una mirada desde la ancianidad, 2018.	7
2.1.2. Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud, 2018	7
2.1.3. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud, 2017	8

2.1.4. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: meta estudio cualitativo, 2012.	9
2.1.5. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental Colombia 2010.	9
2.2. Marco contextual	10
2.2.1. Antecedentes de la institución	10
2.2.2. Instalaciones físicas	10
2.2.3. Equipo asistencial de atención	11
2.3. Marco conceptual	11
2.3.1. Geriatria	11
2.3.2. Valoración de enfermería.....	12
2.3.3. Antecedentes de salud.....	14
2.3.4. Examen físico	14
2.3.5. Valoración Nutricional	15
2.3.6. Valoración Funcional.....	15
2.3.7. Valoración del estado mental y afectivo.....	15
2.3.8. Valoración social	16
2.3.9. Diagnóstico	16
2.3.10. Tratamiento.....	17
2.3.11. Etapas del proceso de atención de enfermería PAE	17
2.3.12. Teorista Majory Gordon	19
2.3.13. Patrones Funcionales de Marjory Gordon	20
2.3.14. Patrón 1: percepción - manejo de la salud	20
2.3.15. El Patrón 2: Nutricional-Metabólico.....	21
2.3.16. El Patrón 3 de eliminación.....	22
2.3.17. Patrón 4: Actividad - Ejercicio	22
2.3.18. Patrón 5: Sueño – Reposo.....	23
2.3.19. Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo	23
2.3.20. Patrón 7: Auto percepción – Auto concepto.....	24
2.3.21. Patrón 8: Rol – Relaciones.....	24
2.3.22. Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.....	25
2.3.23. Patrón 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés	25

2.3.24. Patrón 11: Valores y Creencias.....	25
2.3.25. Envejecimiento y adulto mayor	26
2.4. Marco Legal y Ético	26
2.4.1. Marco Legal.....	26
2.4.2. Marco ético	29
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodología de la Investigación	35
3.1. Diseño de la Investigación.....	35
3.2. Tipo de estudio de la investigación	35
3.3. Ubicación del estudio	36
3.4. Población	36
3.4.1. Universo y Muestra.....	36
3.5. Criterios de inclusión.....	36
3.6. Criterios de exclusión	36
3.7. Métodos Técnicas de recolección de datos.....	36
3.7.1. Técnicas	36
3.8 Instrumentos de recolección de datos	37
3.9. Análisis de datos	37
3.10. Operacionalización de variables	38
CAPÍTULO IV.....	46
4. Análisis de resultados	46
4.1. Sociodemográfica	46
4.2. Patologías de los adultos mayores	48
4.3. Patrón de percepción y manejo de la salud.....	49
4.4. Patrón de metabolismo y nutrición.....	50
4.5. Patrón de eliminación	52
4.6. Patrón actividad y ejercicio	55
4.7. Patrón de sueño y descanso	57
4.8. Patrón de auto percepción y auto concepto	59
4.9. Patrón rol y relaciones	60
4.10. Patrón de adaptación y tolerancia al estrés	61
4.11. Patrón Sexualidad - Reproducción	62

4.12. Patrón de valores y creencias.....	63
CAPÍTULO V	64
5. Conclusiones y Recomendaciones	64
5.1. Conclusiones.....	64
5.2. Recomendaciones	65
Bibliografía	66
ANEXOS	69
Anexo 1. Instrumento de la investigación	69
Anexo 2. Aplicación de encuestas.....	70
Anexo 3. Archivo Fotográfico	79
Anexo 4. Portada de la Guia Educativa.....	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Casa Hogar León Ruales	11
Figura 2. Patrones Funcionales	19

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Etapas del proceso de atención de enfermería	18
Tabla 2. Características sociodemográficas	46
Tabla 3. Enfermedades de los adultos mayores	48
Tabla 4. Valoración del Patrón de percepción y manejo de la salud	49
Tabla 5. Valoración del Patrón de metabolismo y nutrición.....	50
Tabla 6. Valoración del Patrón de eliminación.....	52
Tabla 7. Valoración del Patrón actividad y ejercicio	55
Tabla 8. Patrón de sueño y descanso.....	57
Tabla 9. Valoración del Patrón de auto percepción y auto concepto	59
Tabla 10. Valoración del Patrón rol y relaciones.....	60
Tabla 11. Valoración del Patrón de adaptación y tolerancia al estrés.....	61
Tabla 12. Valoración del Patrón de valores y creencias	63

RESUMEN

“PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON, CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019”

Autora: Emma Katerine Zura Mina

Email: katerinezura@gmail.com

Los avances de la medicina han aumentado la expectativa de vida y el número de adultos mayores en general, para responder el impacto del envejecimiento de la población se deben promover políticas que permitan reaccionar de manera oportuna a las necesidades para mejorar su nivel de bienestar. **Objetivo de estudio:** Valorar al adulto mayor según patrones funcionales de Gordon en la Casa Hogar León Rúaless, Ibarra 2019. **Material y Método:** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo transversal; incluyendo a 41 adultos mayores de la Casa Hogar León Rúaless en edades de 60 a más de 90 años, mediante una encuesta validada por expertos, revisión de HCL, tabulada a través de Microsoft Excel. **Resultados:** Se evidencia que predominan edades comprendidas entre 81 a 90 años, de etnia mestiza, solteros y la mayoría no cuenta con ingreso mínimo vital. **Conclusión:** Se muestra con más avances en el patrón de actividad y ejercicio, evitando la pérdida mayor de su funcionalidad e independencia, además presentan déficit en el autocuidado, falta de participación y colaboración por los cuidadores, necesitando de una estrategia dirigida a este problema.

Palabras Clave: Adulto Mayor, Casa Hogar, Patrones de Gordon.

ABSTRACT

“FUNCTIONAL PATTERNS IN THE ELDERLY ADULT ACCORDING TO GORDON, CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019”

Author: Emma Katerine Zura Mina

Email: katerinezura@gmail.com

Advances in medicine have increased life expectancy and the number of older adults in general, in order to respond to the impact of the aging population, policies must be promoted to react in a timely manner to the needs to improve their level of well-being. **Study objective:** To assess the elderly according to Gordon's functional patterns at the Casa Hogar León Rúaless, Ibarra 2019. **Material and Method:** A quantitative, non-experimental, cross-sectional descriptive study was carried out; including 41 older adults of the Casa Hogar León Rúaless in ages from 60 to over 90 years old, through an expert validity survey, HCL review, tabulated through Microsoft Excel. **Results:** It is evident that ages between 81 and 90 years of age, of mixed ethnicity, single people predominate and the majority do not have a minimum vital income. **Conclusion:** It shows with more advances in the pattern of activity and exercise, avoiding the greater loss of its functionality and independence, and also presents a deficit in self-care, lack of participation and collaboration by caregivers, needing a strategy aimed at this problem.

Keywords: Senior Adult, Home House, Gordon Patterns.

TEMA:

Patrones Funcionales en el Adulto Mayor según Gordon, Casa Hogar León Rúaes,
Ibarra 2019.

CAPÍTULO I

1. Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del problema

El ser adulto mayor es sometido a cambios que requieren adaptación, transformación y reorganización personal, familiar y social, los cuales son procesos propios del crecimiento, modificando el estilo de vida donde es necesario asumir nuevas formas de afrontar la vida (1).

El conocimiento de las respuestas humanas y de los procesos vitales o problemas de salud que se presentan en la población, ha motivado el estudio de varias teoristas de enfermería, una de ellas es Marjory Gordon quien retoma tres elementos importantes: el entorno de la persona, los objetivos de enfermería y las intervenciones de enfermería (2).

A nivel global los patrones funcionales se encuentran en la primera etapa del proceso de enfermería de esto dependería los cuidados que el profesional de salud cual esto proporciona al paciente una buena valoración con el fin de llegar a un diagnóstico enfermero exacto, la propuesta de Marjory Gordon de patrones funcionales permite que el enfermero realice una valoración tomando en cuenta los 11 parámetros funcionales que sirven para valorar diferentes cosas buscando mantener una óptica integral del adulto mayor (3).

Por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. En la actualidad existen 125 millones de personas con 80 años o más, para 2050 habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones)

solamente en China y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (4).

También aumenta rápidamente la pauta de envejecimiento de la población en todo el mundo. Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de población mayor de 60 años. Sin embargo, países como el Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años. La vejez es un proceso biológico irreversible, que se presenta durante la tercera o última etapa de la vida del ser humano; que se caracteriza por la manifestación de cambios psicológicos, el deterioro de la capacidad física y motriz, sentimiento de inutilidad, falta de adaptación por la pérdida de autoestima, alteraciones cardiovasculares, odontológicas, digestivas, auditivas, visuales, entre otros (5).

La edad avanzada es un término que atribuye a las personas que han llegado a la edad cronológica de 55 años en las mujeres y 65 en los hombres edad avanzada es uno de las diferentes formas de llamar a las personas que han llegado a la vejez, ancianidad y por la tanto a la jubilación, entonces el hecho de llegar a esta etapa de vida tiende a ocasionar en la mayoría de las personas cambios en su desarrollo físico, social y económico y en su vida laboral, todos estos cambios tienden a que se produzcan cambios mentales (6).

Las personas adultas mayores son las ciudadanas y ciudadanos que tienen 65 años de edad o más. Según el censo de 2010 en el Ecuador este grupo poblacional era de 940.905 lo que representaba el 6,6% de la población total, para el 2017 se estima que serán 1.180.944 lo que representará el 7,0% de la población total. Existen casos que no cuentan con ingresos dignos ni condiciones de bienestar, son maltratados o abandonados por sus familias o renuncian a vivir con ellas por falta de reconocimiento. De acuerdo a sus testimonios señalan a la soledad, la aceptación, el afecto y la falta de ingresos como sus principales problemas(6).

La falta de atención son los principales problemas que enfrentan los adultos mayores. Con el paso del tiempo, las personas de la tercera edad se convierten en una carga para

las familias, y hasta los mismos hijos los desconocen, por lo que se quedan solos y muchos padecen depresión también como se mencionó anteriormente el adulto mayor sufre diversidad de cambios es uno que produce consecuencias que afectan la estabilidad emocional al jubilarse (7). Los patrones funcionales, creados por Marjory Gordon en los años 70, cumplen los requisitos necesarios para realizar una valoración enfermera eficaz, constituyendo una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero, usándolo de manera independiente o como parte de un proceso.

1.2. Justificación

El presente trabajo se refleja en la importancia de conocer los problemas y necesidades acerca de la relevancia científica de este estudio es la investigación en modelos y teorías de enfermería se basa en la valoración, de los parones funcionales según Marjory Gordon, para abordar en un diagnóstico del estado de salud de los adultos mayores Casa Hogar León Ruales.

De allí que desde la profesión de enfermería se plantea la pertinencia de este proyecto, como aporte al bienestar de los adultos mayores, en principio para la población vulnerable y de esta manera tratar de resolver algunos problemas que se presentan en el desempeño diario del adulto mayor de la casa hogar. Estos problemas pueden acarrear un deterioro físico y emocional que les perjudica gravemente en su salud y bienestar, por lo tanto, a la hora de plantear y desarrollar esta investigación he tenido en cuenta todas las dificultades que van unidas a la expresión “Tercera Edad”.

La importancia de determinar los patrones funcionales en el adulto mayor de la casa hogar León Rúales de la ciudad de Ibarra, permitirá para prevenir posteriores complicaciones en la salud de los pacientes, de esta manera, se estará contribuyendo al mejoramiento de cada uno de los parones funcionales. Estudiar a este grupo vulnerable ha sido de gran importancia para mí, ha permitido identificar y conocer más de cerca su realidad, resultando de gran manera, mejorar su estilo y calidad de vida en diversos aspectos siendo los beneficiarios directos los adultos mayores que residen en La Casa Hogar León Rúales.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Valorar al adulto mayor según patrones funcionales de Gordon en la Casa Hogar León Rúaies, Ibarra 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente al adulto mayor que residen en la Casa Hogar León Rúaies de Ibarra.
- Identificar los patrones funcionales según Gordon en el adulto mayor de la Casa Hogar León Rúaies.
- Diseñar y socializar guía educativa para capacitar a los cuidadoras para el mantenimiento de los patrones funcionales a traves de un cronograma de trabajo.

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores que residen en la Casa Hogar León Rúaies?
- ¿Cuáles son los patrones funcionales según Gordon en el adulto mayor de la Casa Hogar León Rúaies?
- ¿ Diseñar y socializar guía educativa para capacitar a los cuidadoras para el mantenimiento de los patrones funcionales a traves de un cronograma de trabajo?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco referencial

2.1.1. ¿Cómo se vive el duelo en el ámbito rural? Una mirada desde la ancianidad, 2018.

Un estudio realizado en Almería, España 2018, tuvo por objetivo conocer la perspectiva de las personas mayores y su forma de vivir el duelo en la comunidad rural, siendo un estudio de tipo etnográfico, en el medio rural cuya recogida de datos fue mediante entrevistas y observación participante. Para estructurar los datos, se utilizaron los patrones funcionales de Gordon. Se evidencio que las actitudes experimentadas en el medio rural se caracterizan principalmente: por las manifestaciones externas de duelo, el apoyo recibido por toda la vecindad a los dolientes y la existencia de costumbres culturales. Se concluyó que el duelo en el ámbito rural está impregnado de costumbres culturales, familiares y comunitarias. Dichas prácticas han sufrido una férrea transformación con el paso de los años (6).

2.1.2. Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud, 2018

Un estudio realizado en Cuba en el año 2018, tuvo por objetivo exponer el protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud, siendo un estudio de tipo descriptivo retrospectivo donde se revisaron varios informes y documentos donde reflejaran la atención al adulto mayor desde diferentes ópticas de la vida, una vez recopilada la información se procedió a la valoración por varios profesionales encargados del cuidado de este. Se analizaron cada una de las acciones a tener en cuenta para la atención del adulto mayor. Donde se logró establecer el protocolo de

actuación que se tendrá presente durante el cuidado del adulto mayor en los centros internos destinados a esta actividad.

Estas acciones permiten brindar una atención especializada y de calidad en cada uno de los procesos que se llevarán a cabo durante el cuidado por el personal de enfermería. Se concluyó que la valoración del paciente en esta etapa de la vida principalmente en estos centros, algunos con estado de salud aparentemente estable y otros con algún tipo de enfermedad es fundamental para conseguir que las acciones y cuidados que realicemos a este grupo poblacional sean correctos y eficaces (7).

2.1.3. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud, 2017

Un estudio realizado por Parra, González & Pinto en el año 2017, tuvo por objetivo aplicar el proceso de enfermería en un estudio de familia a nivel primario de atención a una familia residente en Santiago de Chile. El desarrollo de este estudio de familia nace ante la sospecha de maltrato identificada por un profesional de enfermería durante el control de salud realizado al jefe del hogar.

El proceso de enfermería se inicia con la recolección de datos por medio de una revisión de la ficha digital del caso índice, en la segunda etapa se realiza la visita domiciliaria donde se continúa con la etapa de valoración para caracterizar a la familia y su ambiente, análisis del tipo de familia, tareas del desarrollo y etapa del ciclo familiar según Duvall, y funciones familiares. Se desarrollan las etapas de diagnóstico, se dio prioridad a un diagnóstico individual y a uno familiar, que correspondieron a la sobrecarga del cuidador y a familia negligente.

Posteriormente, se procede a realizar el plan de atención con objetivos a corto, mediano y largo plazo; del mismo modo, se realiza la evaluación de estructura, proceso y resultado, y se analizan los indicadores de resultado de los objetivos a corto plazo. Como conclusión se muestra la aplicación del proceso de enfermería en una familia, donde se logra que los implicados alcancen los objetivos planificados; de esta forma,

se contribuye a mejorar las problemáticas detectadas y se demuestra la utilidad del uso del proceso de enfermería en el estudio de familia (8).

2.1.4. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: meta estudio cualitativo, 2012.

El estudio realizado en Colombia 2012, describe que el tipo de cuidado e interacción humana, demandan de sus enfermeras las personas mayores que viven en un hogar para ancianos, a partir de la síntesis y el análisis de los datos proporcionados por una serie de estudios primarios que han abordado la experiencia de vivir en un hogar para ancianos, los estudios de tipo cualitativo que han tratado el tema de las experiencias vitales en un hogar para ancianos se han centrado en aspectos como la vida diaria, la calidad de vida, las experiencias de sufrimiento, los cuidados recibidos, la proximidad de la muerte y las relaciones personales. En los resultados las categorías centrales emergentes han sido las cualidades personales demandadas al personal cuidador, las intervenciones cuidadoras, la relación personal con los cuidadores y la influencia de la relación persona mayor-cuidador en otros aspectos, con este trabajo se pretendió sintetizar las evidencias proporcionadas por una serie de investigaciones primarias tratando de proporcionar un nivel de conocimientos mayor sobre las necesidades de atención de las personas residentes en un hogar para ancianos, siempre a partir de los testimonios, las experiencias y las vivencias de los protagonistas (10).

2.1.5. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental Colombia 2010.

El estudio fue realizado en Colombia 2010. El objetivo de estudio fue mejorar la calidad en el cuidado de personas con enfermedad mental, mediante la aplicación de conocimientos teóricos y el desarrollo de destrezas, desde la implementación del Proceso de Atención de Enfermería en un Programa de Atención Domiciliaria de una institución de salud mental de tercer nivel del Suroccidente Colombiano. tipo de estudio Descriptiva- Transversal.

Los resultados fueron mas relevantes Se identificaron 4 patrones alterados con prevalencia por encima del 20%: Actividad y ejercicio, nutricional metabólico, rol relaciones y cognoscitivo sensorial. La intervención de enfermería estuvo orientada desde enfoques promocionales y preventivos, con cuidados específicos según requerimiento del paciente. Discusión Planteada Se requiere incentivar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la población de personas con enfermedad mental para garantizar un cuidado integral y de calidad, que busque involucrar la familia como elemento dinamizador del proceso de recuperación del sujeto intervenido(6).

2.2. Marco contextual

2.2.1. Antecedentes de la institución

La casa hogar para adultos mayores “León Rúales” se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, en las calles Juan Montalvo y Juan de Velasco, junto al Campus universitario San Vicente de Paúl. La Casa Hogar se basa su filosofía en el servicio integral de los Adultos Mayores, carentes de recursos económicos y de hogar. La ancianidad es la culminación de la vida; el Adulto Mayor debe sentirse como aquellos a quienes la edad ha revelado el sentido de la vida, a la luz de la Fe, vive un ocaso preludio de una aurora.

Alberga alrededor de 50 Adultos Mayores aproximadamente ente hombres y mujeres de sesenta y cinco años a cien años en adelante, carentes de recursos económicos y sin hogar, por lo cual procura ante todo satisfacer las necesidades básicas, con un ambiente acogedor, atención integral y esmerada, sirviéndolos con gran sentido de la fe, solidaridad y justicia, a quienes por obvias razones son merecedores de nuestra preocupación y entrega.

2.2.2. Instalaciones físicas

En el centro asistencial consta con dos secciones una para hombres y otra para mujeres, comedor, cocina, baños, dormitorios, capilla, un consultorio médico y enfermería,

consultorio de psicología, oficina de secretaría, consultorio terapeuta, lavandería, sala de uso múltiple, área de rehabilitación, áreas de recreación, presenta dos pequeños jardines por los que el adulto mayor puede caminar.



Figura 1. Casa Hogar León Ruales

Fuente: MIES, 2018 (11)

2.2.3. Equipo asistencial de atención

Está conformado por un grupo de 15 personas entre las cuales son: 2 licenciadas de Enfermería las mismas que son Hermanas de la Caridad, Auxiliares de Enfermería Trabajadora Social y Secretaria. También cuentan con un médico que acuden 3 veces al mes a revisar a los pacientes y otras personas más de la comunidad las cuales realizan manicure y pedicura a los adultos mayores, lavan la ropa y ayudan a mantener el lugar limpio y ordenado el centro asistencial.

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Geriatría

Es la rama de la medicina que se ocupa de atender específicamente a las personas mayores de 60 años, donde todos los profesionales de la salud reconocen que la

atención de adultos mayores representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud, incluyendo los aspectos principales del envejecimiento como la presentación atípica de enfermedades, demandando un abordaje específico y una evaluación y manejo integral.

Dentro de estos aspectos también se mencionan las variables que afectan la presentación de enfermedades como (13):

- **La Co-Morbilidad:** es frecuente en el paciente mayor, la insuficiencia en un sistema puede llevar a la insuficiencia en otro; es decir, a un efecto de cascada. Ninguna enfermedad domina el cuadro clínico.
- **Insuficiencia Orgánica Múltiple.**
- **La Presentación de un Problema Social:** puede oscurecer una enfermedad subyacente o complicar su manejo.
- **El uso de Múltiples Medicamentos puede:** complicar el manejo.
- **Algunos Medicamentos pueden curar y a la vez causar problemas de salud:** y ello puede ser crítico en las personas mayores.

2.3.2. Valoración de enfermería

La valoración de enfermería es la parte más relevante en la realización de los planes de cuidado, ya que, en una buena valoración inicial, se detectarán los problemas de salud que posteriormente se traducirán a diagnósticos enfermeros, siendo un proceso basado en un plan para recoger y organizar toda la información (12).

Por tal motivo la valoración proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se vayan detectando en el paciente adulto mayor.

La valoración responde a la identificación que hace la enfermera de la situación de salud en la que se encuentra el anciano que este bajo su cuidado, basándose específicamente en dos pilares como: la filosofía de cuidados que tenga internalizada y la forma de expresarla, a su vez el modelo que se utilice para valorar al anciano dependerá de la concepción del hombre y de las características del usuario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación según corresponda.

La valoración incluirá: historia clínica, evaluación de enfermería y antecedentes económicos del paciente geriátrico, además debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando estereotipos como: la infantilización, la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etc.

Así mismo, la valoración debe seguir una secuencia lógica y ordenada con el fin de evitar las omisiones, por lo tanto, al acercarse al adulto mayor se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Se le debe llamar por su nombre.
- Sentarse y hacer contacto visual con él.
- Se debe utilizar un lenguaje en el cual el adulto mayor pueda entender.
- Evitar los tecnicismos.

No existe un modelo o guía específico para la obtención e información durante la valoración, ya que depende de las necesidades y posibilidades particulares de cada situación, además es necesario ampliar cuando se considere necesario para obtener información adicional de los pacientes; a continuación, detallaremos cada uno de las fases de valoración de enfermería en adultos mayores (12):

2.3.3. Antecedentes de salud

Revisión de los antecedentes patológicos personales del paciente, patologías crónicas que se mantienen activas, diferenciando lo antecedentes importantes. Las siguientes afecciones se deben buscar sistemáticamente para ser descartadas:

- Los padecimientos cardiovasculares.
- La diabetes y sus complicaciones.
- El deterioro sensorial tanto auditivo como visual.
- Las afecciones osteoarticulares.
- Los padecimientos demenciales, particularmente la Enfermedad de Alzheimer.
- Patologías que están repuntando como es el caso de la Tuberculosis y el Cólera.

2.3.4. Examen físico

Al interrogar al paciente acerca de por qué se consulta y cuáles son sus principales molestias, se debe incluir: dificultades sensoriales y problemas de salud oral, asegúrese de preguntar acerca de:

- Cambios en el estado funcional a lo largo del último año,
- Cambios ponderales,
- Fatiga,
- Mareo,
- Caídas,
- Trastornos del sueño,
- Sintomatología cardiovascular,
- Alteraciones en la frecuencia de la micción e incontinencia urinaria,
- Cambios en el hábito intestinal,
- Afecciones osteoarticulares
- Problemas sexuales.

2.3.5. Valoración Nutricional

Preguntar sobre los hábitos de alimentación, ingesta de alcohol y hábito de fumar, además consultar sobre la actividad física que acostumbra realizar la persona.

Se debe considerar también el Índice de Masa Corporal: Con el peso y la talla, ya sean reales o estimados, se puede obtener el índice de masa corporal (peso / talla²). Este constituye un indicador de adiposidad y sirve como un primer tamiz para reconocer la obesidad o la desnutrición (15).

2.3.6. Valoración Funcional

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

En las personas que acuden a las instituciones de salud, se puede utilizar como primer paso el inventario de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); esto puede hacerse fácilmente con la escala de Lawton. Si por el grado de discapacidad del individuo se advierte un deterioro de las capacidades instrumentales, conviene investigar el nivel de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), para ello es útil el Índice de Katz (12).

2.3.7. Valoración del estado mental y afectivo

Acerca de la función cognitiva: En principio, en la Atención Primaria no se deben aplicar de forma rutinaria tests de detección de deterioro cognitivo (Folstein) si no existen indicios que sugieran el mismo. En caso de que existan indicios de deterioro cognitivo, las herramientas de tamizaje que se recomiendan, sabiendo que

generalmente tienen una buena especificidad, a expensas de la sensibilidad, (por debajo del 50%) son el test de Folstein y el test de Pfeffer (16).

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

2.3.8. Valoración social

Debe anotar la información pertinente acerca de su red de apoyo informal y familiar. Específicamente, conocer si el paciente vive solo o acompañado (quiénes viven con él o ella) y quién se haría responsable de tomar decisiones en caso que el individuo quedara incapacitado para tomar decisiones por sí mismo. La escolaridad, la historia laboral, su situación ocupacional y económica actual son aspectos que deben evaluarse. Es también imprescindible conocer la red social y de apoyo, así como las responsabilidades familiares o sociales del individuo (17).

2.3.9. Diagnóstico

Obtenidos los datos de la valoración clínica se procede a formular un diagnóstico o juicio clínico que en el caso de un equipo multidisciplinario debe incluir el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico social del adulto mayor. El diagnóstico deberá obtener los principales problemas que afectan la salud del paciente mayor en sus diferentes dimensiones, deberá determinar el impacto funcional que esos problemas tienen, además de conocer cuáles serán las capacidades residuales con que cuenta el individuo para enfrentar la enfermedad y recuperar su salud. Estos son elementos principales en la toma de decisiones (13).

2.3.10. Tratamiento

Es importante que el adulto mayor esté informado de su condición y de cómo puede mejorar o mantener su estado de salud. El tratamiento debe comenzar con información apropiada para que el paciente pueda entender e incluir orientaciones prácticas y así facilitar la adherencia al protocolo indicado.

Si el tratamiento incluye una prescripción farmacológica tenga presente que la prescripción debe ser escrita idealmente con letra de imprenta y expresando claramente las dosis indicadas y por cuánto tiempo debe tomarlas.

El manejo del paciente geriátrico, debe integrar acciones de promoción como las señaladas anteriormente y de prevención de enfermedades y discapacidades. El tratamiento terapéutico específico, debe estar acompañado del diseño de un plan de rehabilitación que permita la recuperación o mantenimiento de las capacidades funcionales. Es importante mencionar que el equipo de salud y principalmente el médico tratante debe saber cuándo cambiar de una actitud "diagnóstico-investigativa intencionada para curar" a otra, igualmente importante, "diagnóstica-cuidados paliativos". Siempre debemos vigilar las necesidades reales del paciente y mantener una buena comunicación entre el equipo y los familiares(14).

2.3.11. Etapas del proceso de atención de enfermería PAE

El proceso de atención de enfermería suele tener una serie de etapas (14), entre las que podemos destacar en la siguiente tabla 1:

Tabla 1.*Etapas del proceso de atención de enfermería*

1. Valoración	Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados.
2. Diagnóstico	Es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. Ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física, etc. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes.
3. Planificación	Es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.
4. Ejecución	Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.
5. Evaluación	Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

Fuente: (14)

2.3.12. Teorista Majory Gordon

Fue una profesora y teórica estadounidense que creó una técnica de valoración para enfermería conocida como los patrones funcionales de Gordon, sirviendo como guía para ayudar a los enfermeros a hacer un reconocimiento completo de sus pacientes de forma más completa (15).

Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas, para examinar a los pacientes se usan tanto preguntas y cuestionarios como datos objetivos, extraídos de la observación por parte del personal de enfermería (15).

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parte; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. Además, considera a la persona en forma integral, con enfoque holístico, en la que se contempla las dimensiones de la salud biológica, emocional, espiritual, mental y social. Describe once áreas relativas a la salud, denominados “Patrones Funcionales” que son (16):

1. Percepción de la salud – control de la salud
2. Nutricional – metabólico
3. Eliminación
4. Actividad y Ejercicio
5. Sueño – Reposo
6. Cognoscitivo – Perceptivo
7. Autopercepción – Auto concepto,
8. Rol – Relaciones,
9. Sexualidad – Reproducción,
10. Afrontamiento – Tolerancia al estrés,
11. Valores – Creencias

Figura 2. Patrones Funcionales

Fuente: Gordon, 2003 (16)

2.3.13. Patrones Funcionales de Marjory Gordon

Los Patrones Funcionales de Marjory Gordon nos permiten determinar el perfil funcional de la persona que están alterados o en riesgo, cada uno contiene pautas de valoración basadas en el concepto de los patrones proporcionando un formato de valoración (17).

“Un patrón” es considerado como la configuración de comportamientos que se dan de manera secuencial mientras transcurre el tiempo, proporcionan un marco para la valoración independientemente de la edad, nivel de cuidados o patologías. Los patrones funcionales manifiestan un correcto funcionamiento que implica salud y bienestar (19).

Los patrones disfuncionales alterados o en riesgo, describen situaciones fuera de lo establecido o esperado en una persona, por lo que se conocen como problemas de salud, limitando a la persona (13). “El juicio” sobre si es funcional o disfuncional un patrón, se realiza comparando datos de la valoración con datos de referencia del individuo, normas establecidas para su grupo de edad o culturales, sociales u otras (16).

A los estudiantes debemos considerarlos como un todo en el que influye el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, creencias, etc., que desde el punto de vista de Marjory Gordon, son patrones funcionales, por lo que la interrelación que existe entre cada patrón es lógica. Cada uno de ellos son divididos artificial y estructuradamente en base al funcionamiento humano integrado que no deben entenderse aisladamente (19).

2.3.14. Patrón 1: percepción - manejo de la salud

Trata de recoger información sobre la conciencia que el individuo tiene sobre su bienestar, así como las estrategias que utiliza para mantener la salud y las medidas preventivas. Este patrón valora lo que la percepción del individuo y todo esto va en

relación al manejo de su salud. Debemos tener en cuenta que nuestro objeto de estudio es el adulto mayor en ellos debemos valorar la polifarmacia.

Polifarmacia indicación de fármacos innecesarios y la necesidad de indicar un medicamento para suplir los efectos colaterales de otro, son elementos considerados en la definición de polifarmacia. Su presencia conduce a mayor riesgo de interacciones y RAM (19).

- **Hábitos higiénicos:** La higiene trata sobre las medidas para prevenir y mantener un buen estado de salud.
- **Vacunas** Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos.
- **Alergias:** según la OMS, la alergia es una reacción exagerada del organismo al tomar contacto con sustancias que provienen del exterior.
- **Conductas saludables:** según la OMS, una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

2.3.15. El Patrón 2: Nutricional-Metabólico

Se enfoca en conocer sobre el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas, los horarios de comida, cuáles son sus preferencias y si utiliza suplementos nutricionales o vitamínicos, también los problemas en su ingesta; Altura, peso y temperatura (20). Describe el patrón alimenticio del lactante; incluye información acerca de cualquier lesión o alteración cutánea, la capacidad de cicatrización, el estado general de la piel, cabello, uñas, membranas mucosas y dientes (16).

Este patrón se evalúa mediante la valoración del índice de masa corporal (IMC), valoración de la alimentación según el número de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, tipo de alimentos, así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Este patrón valora la existencia de problemas en la boca, para comer, en la piel u otros que también influyen (13).

2.3.16. El Patrón 3 de eliminación

Este patrón pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona. Incluye la eliminación intestinal, vesical y a través de la piel y la percepción de la persona acerca de la regularidad, cambios trastornos, métodos de ayuda; los datos que deben valorar según el tipo de eliminación son:

- **Intestinal:** Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomias, incontinencia.
- **Urinaria:** Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias.
- **Cutánea:** Sudoración copiosa.

2.3.17. Patrón 4: Actividad - Ejercicio

Busca conocer sobre el tiempo libre y recreo, sus actividades, los requerimientos de consumo de energía en las actividades de la vida diaria, la capacidad funcional, el tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Los patrones de tiempo libre se refieren a las actividades realizadas individualmente o en grupo con fines recreativos, se destacan actividades relevantes o también las limitaciones o factores que interfieren con estas (16).

Para conocer el estado cardiovascular se valoran frecuencia cardíaca (FC) o presión arterial (PA) anormales en respuesta a la actividad, cambios en el electrocardiograma (ECG) que reflejen isquemia o arritmia, etc.

La valoración del estado respiratorio se controla mediante antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc.; tolerancia a la actividad, valoración de la movilidad, actividades cotidianas, estilo de vida, ocio y actividades recreativas (19).

2.3.18. Patrón 5: Sueño – Reposo

Describe la capacidad de la persona para dormir, descansar o relajarse a lo largo del día. Incluye la percepción de cantidad y calidad del sueño, la captación del nivel de energía y ayudas para dormir (21).

Se valora el espacio físico, el tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos, recursos físicos o materiales favorecedores del descanso, exigencias laborales, hábitos socio culturales, problemas de salud física que provoquen dolor o malestar, problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo, situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés, tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño o uso de estos para dormir, consumo de sustancias estimulantes, presencia de ronquidos o apneas del sueño (13).

2.3.19. Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Aprecia el nivel de conciencia, la realidad, la adecuación de los órganos de los sentidos, la percepción del dolor y tratamiento, el lenguaje, ayudas para la comunicación, memoria, juicio, comprensión de ideas y sobre la toma de decisiones (19).

Se valora el nivel de consciencia y orientación, nivel de instrucción, si tiene alteraciones cognitivas, si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, audición, olfato, gusto o sensibilidad táctil; Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza y si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación.

2.3.20. Patrón 7: Auto percepción – Auto concepto

Determina la comprensión de cada uno, las actitudes, la percepción de las capacidades cognitivas, las capacidades afectivas o físicas, la imagen corporal y social, la identidad. Recoge datos acerca del sentido general de su valía y el patrón emocional, así como la postura, movimiento corporal, contacto visual, voz y el patrón del habla (16).

Se valora la presencia de: Problemas consigo mismo, con su imagen corporal, problemas conductuales, entre otros; Cambios recientes, datos de imagen corporal, postura, patrón de voz, rasgos personales, contacto visual, si se siente querido, cambios frecuentes del estado de ánimo, asertividad / pasividad y nerviosismo / relajación (13).

2.3.21. Patrón 8: Rol – Relaciones

Relacionado con el papel de uno mismo ante la sociedad y las relaciones con los demás, la percepción de los roles más importantes como el papel que ocupa en la familia, el grado de responsabilidades en su situación actual, satisfacción o alteraciones en la familia en: familia, trabajo, relaciones sociales (16).

Familia: Con quién vive, estructura familiar, rol en la familia y si éste está o no alterado, problemas en la familia, si alguien depende de la persona o viceversa y como lleva la situación; Apoyo familiar.

2.3.22. Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Describe la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales, la seguridad en las relaciones sexuales y patrones reproductivos. Valora datos de la etapa reproductiva de la mujer como menstruación, pre menopausia, menopausia, problemas en este, etc.

Valora menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual, métodos anticonceptivos, embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción, problemas o cambios en las relaciones sexuales (13).

2.3.23. Patrón 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés

Recoge las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona, las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma en que lo controla, la capacidad de adaptación a los cambios, las formas de afrontamiento general de la persona, el soporte individual y familiar con que cuenta el individuo (19). Valora situaciones estresantes, cómo se ha tratado y la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones. Se pregunta por cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis; si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo, qué le ayuda cuando está tenso, si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso. Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, cómo lo ha tratado y si con esto ha tenido éxito. Si tiene alguien cercano al que pueda contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario (13).

2.3.24. Patrón 11: Valores y Creencias

Describe valores, metas o creencias que incluyen las espirituales, tiene como base la forma en que se guía la persona en las elecciones o decisiones. Lo que se considera correcto, apropiado, lo que es percibido como importante en la vida, si consigue en la vida lo que quiere, si tiene planes de futuro importantes.

Se valora si está contento con su vida, pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades, preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad (19).

2.3.25. Envejecimiento y adulto mayor

Según Watson, el envejecimiento es un proceso físico inevitable de detener. Bize y Vallier confirman que este proceso afecta a los tejidos y a las funciones de la persona y aseguran que el envejecimiento comienza desde la concepción, puesto que desde ese momento las células empiezan a degenerarse y morir. Mientras que el envejecimiento es un proceso que se efectúa a lo largo de la vida, la vejez se enmarca en un rango definido de edad (22).

2.4. Marco Legal y Ético

2.4.1. Marco Legal

2.4.1.1. Constitución del Ecuador 2008

En la Constitución del Ecuador la importancia que tiene la salud de los pacientes se menciona en los siguientes artículos:

“Art. 32.- 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 acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.”

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas

que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.”

2.4.1.2. Plan nacional de desarrollo Toda una vida 2017-2021

El Objetivo 1 del plan Toda una vida es:

“Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”

En el cual se encuentran varias políticas entre las que se menciona el numeral 1.6 que manifiesta los siguiente en relación con la salud:

“Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural”

2.4.1.3. Objetivos de desarrollo sostenible

Estos son objetivos de desarrollo sostenible de la agenda del desarrollo hasta el año 2030, formulados por líderes mundiales para mejorar la calidad de vida de todas las personas, los cuales constan de 17 objetivos, 169 metas y 229 indicadores.

Específicamente el objetivo 3 respalda la presente investigación, el cual dice:

“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”

Donde está inmersa la meta 3.4 que dice:

“Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”.

2.4.1.4. Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador en sus artículos 1, 7 y 10 menciona:

“Art. 1. La ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioética.”

“Art. 7. Señala los derechos y deberes de las personas y del Estado, estipula que toda persona sin discriminación por motivo alguno tiene con relación a la salud con el derecho:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.”

“Art. 10. Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley. “

2.4.2. Marco ético

2.4.2.1. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería

El código deontológico del CIE para la profesión de enfermería es una guía para actuar sobre la base de los valores y necesidades sociales. Solo tendrá significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante. Para lograr su finalidad, el código ha de ser comprendido, asimilado y utilizado por las enfermeras en todos los aspectos de su trabajo. (23)

La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los Cuidados y el tratamiento correspondiente.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.

La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad. (23)

La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.

La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas. La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto. (23)

La enfermera y la profesión

La enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas.

La enfermera participará en el desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales. La enfermera, actuando a través de la organización profesional, participará en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente. La enfermera ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud. La enfermera contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos. (23)

La enfermera y sus compañeros de trabajo

La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.

La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético. (23)

2.4.2.2. Principios éticos de enfermería

Además de los principios básicos, existen los principios éticos de enfermería a pesar de que algunos se repitan:

1. Beneficencia: *benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficis, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.*

2. Autonomía: principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada, entre otras).

3. Justicia: Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad. El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.

4. Fidelidad: principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. La confianza es la base para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero.

5. Veracidad: principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido

considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos.

6. Confidencialidad: *principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes.*

2.4.2.3. Derechos del paciente

Los Derechos del Paciente nos menciona lo siguiente:

- *Derecho a una atención digna: Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*
- *Derecho a no ser discriminado: Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.*
- *Derecho a la confidencialidad: - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.*
- *Derecho a la información: Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la*

duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes.

- *Derecho a decidir: Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico.*

2.42.4. Deberes del paciente

- *Proporcionar información sobre su enfermedad.*
- *Autorizar a un familiar a solicitar información sobre su tratamiento en caso de que el paciente mismo no lo pueda hacer.*
- *Preguntar si no entiende las instrucciones y procedimientos en su tratamiento.*
- *Solicitar que le alivien el dolor.*
- *Tomar únicamente medicamentos o bebidas indicadas por el médico.*
- *Ayudar a controlar ruidos y número de visitas en su habitación.*
- *Respetar al personal y a los bienes de la Institución.*

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo porque permitió recolectar datos obteniendo un resultado numérico cuantificable que ayudo agrupar información extensa para posterior análisis, en la cual se especificara y delimitara la percepción de los usuarios mediante el cuestionario realizado del tema propuesto. sobre los patrones funcionales en salud, descritos por Marjory Gordon.

3.2. Tipo de estudio de la investigación

La investigación es de tipo descriptivo, observacional y transversal:

- **Descriptivo:** Consiste en recolectar características importantes de un grupo o población a través de la recolección de información independiente o conjunta sobre los conceptos de las distintas variables referente a la investigación.
- **Observacional:** se realizarán visitas a la casa hogar León Rúaes para valorar los patrones funcionales en el adulto mayor.
- **Transversal:** Esta investigación es de carácter transversal ya que las variables se han medido en una sola ocasión, esto quiere decir en un lapso de tiempo determinado con el propósito de valorar los patrones funcionales Según Gordon Casa Hogar León Ruales.

3.3. Ubicación del estudio

La investigación del presente trabajo se realizará en el hogar León Rúaes de la ciudad de Ibarra. Se encuentra ubicado en las calles Juan Montalvo y Juan de Velasco, junto al Campus universitario San Vicente de Paúl.

3.4. Población

La población fue de 41 adultos mayores.

3.4.1. Universo y Muestra

Todos los adultos que residen en la casa hogar León Rúaes de la ciudad de Ibarra.

3.5. Criterios de inclusión

Son aquellas características que debe tener el sujeto de estudio.

- Adultos mayores que pertenecen entre los 60 y más de 90 años.
- Adultos mayores que presenten alguna patología.

3.6. Criterios de exclusión

Adultos mayores que no deseen participar en la investigación, menores de 60 años y adultos mayores que presenten alguna patología neurológica y no se puedan comunicar.

3.7. Métodos Técnicas de recolección de datos

3.7.1. Técnicas

Para recolectar la información, se realizó revisión de historias clínicas, entrevistas mediante una encuesta a cada adulto mayor de los diferentes los diferentes patrones funcionales y testimonios personales.

3.8 Instrumentos de recolección de datos

Se utilizará un cuestionario de preguntas estructuradas y validadas por expertos quien la realizo a la Licenciada Maria Jose Lozano quien trabaja en el area de medicina interna del hospital san vicente de paul para la recopilación de datos. Las preguntas responden a cada uno de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, los cuales van hacer posteriormente tabuladas.

3.9. Análisis de datos

Después de aplicar la encuesta se colocó en una base de datos a través del programa Microsoft Excel y SPSS 23, los cuales van a ayudar a la tabulación de datos para su respectivo análisis.

Para su análisis se utilizó la estadística descriptiva, ya que la información es representada en tablas y análisis.

3.10. Operacionalización de variables

Caracterizar socio demográficamente al adulto mayor que residen en la Casa Hogar León Rúailes de Ibarra.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características Sociodemográficas	<p>Corresponden al perfil de la población que habita un contexto particular; comprende estructura, aspectos culturales y sociales. Asociado a otros rasgos relativos a la educación, salud, actividad económica y equidad.</p> <p>Los indicadores propuestos se relacionan con el tamaño, ritmo de crecimiento, estructura por edad y sexo, distribución espacial, migración y auto identificación étnica.</p>	Características sociales y demográficas		
			Etnia	Mestiza Indígena Afroecuatoriano
			Estado civil	Casado Soltero Divorciado Unión libre Viudo
			Demográficas	
			Edad	51-60 60-70 71-80 81-90 >90 años
			Genero	Masculino Femenino

Identificar los patrones funcionales según Gordon en el adulto mayor de la Casa Hogar León Rúaes.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Patrón Percepción manejo de salud	Analiza la percepción de salud de la persona y las prácticas que pueden prevenir enfermedades (como aseo personal, evitación de tabaquismo, alcoholismo drogadicción etc.).	Percepción manejo de salud	Hábitos perjudiciales	
			Mala alimentación	Sí No
			Alcohol	Sí No
			Cigarrillo	Sí No
			Conductas generadoras de salud	Sí No
			Hay algo que quiera saber acerca de su enfermedad	Sí No
Patrón Nutricional Metabólico	Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.	Nutricional Metabólico	Intolerancia a los alimentos	Si No
			Tipo de alimentos que generan intolerancia	Leche Grasa Gaseosa

				Chocolate Broccoli																
			Perdida de peso	Si No																
			Cantidad de kilos perdidos	0 - 5 6 - 10 11 - 20																
			Consumo de suplementos vitamínicos	Si No																
			Síntomas Asociados	<table border="1"> <tr><td></td><td>Mareo</td></tr> <tr><td></td><td>Hormigueo</td></tr> <tr><td></td><td>Debilidad muscular</td></tr> <tr><td></td><td>Confusion</td></tr> <tr><td></td><td>Dificultad para concentrarse</td></tr> <tr><td></td><td>Calambres</td></tr> <tr><td></td><td>Fatiga</td></tr> <tr><td></td><td>Distensión abdominal</td></tr> </table>		Mareo		Hormigueo		Debilidad muscular		Confusion		Dificultad para concentrarse		Calambres		Fatiga		Distensión abdominal
	Mareo																			
	Hormigueo																			
	Debilidad muscular																			
	Confusion																			
	Dificultad para concentrarse																			
	Calambres																			
	Fatiga																			
	Distensión abdominal																			
Patrón			Frecuencia de eliminación Diurna	0-5 veces 6-10 veces																

Eliminación	Describe los patrones de la función excretora (vejiga, intestino y piel)	Eliminación urinaria	Frecuencia de eliminación nocturna	0-5 veces 6-10 veces
			Volumen y Frecuencia Urinaria	Si No
		Eliminación Intestinal	Eliminación Diaria	1 vez 2 veces 3 veces 4 veces
			Cambios de bolsa/día	1 vez 2 veces 3 veces 4 veces
			Cambios en la deposición	Si No
			Presencia de sangre	Si No
			Consistencia	Blanda Líquida Dura
Patrón	Incluye las actividades de la vida diaria, que	Actividad y Ejercicio	Dificultad para mover	Si No
			extremidades Presencia de Dolor	Si No

actividad y ejercicio	requieren energético	gasto		Tiene Limitación	Alguna	Si No
				Durante actividades posturas inadecuadas	sus adopta	Si No
				Ayudado o supervisado por otra persona		Si No

Patrón Sueño y Descanso	Comprende los periodos de sueño y descanso/ relajación durante las 24 horas del día.	Sueño y Descanso	Situación estresante que altere el sueño	No Si
			Actividades para descansar	Leer Ver T.V. Jugar cartas Recostarse
			Duerme durante el día	Horas de sueño en la noche 2 – 4 horas 5 – 7 horas 8 – 10 horas
			Obesidad	Si No
Patrón auto percepción y auto concepto	Incluye las actividades del individuo hacia si mismo, la percepción de sus habilidades, imagen corporal, identidad y patrón emocional general.	auto percepción y auto concepto	Como se siente con su imagen corporal	Bien Incomodo Mal
			Que le gustaría cambiar para identificarse mejor de acuerdo a su imagen	Emfermedad Nada

Patrón Rol y Relaciones	Incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual	Rol y Relaciones	Situación familiar difícil durante el tiempo de vejez	Si No
			Responsabilidades en el hogar /asilo	Económico Afectivo
			Ingresos suficientes para suplir necesidades	Si No
			Se siente parte del lugar del que reside	Si No
Patrón de adaptación y tolerancia al estrés	Incluye la reserva del individuo o capacidad de resistir los ataques a la auto integridad, modos de manejar el estrés, familia u otros sistemas de soporte	Adaptación y tolerancia al estrés	Cambio en su auto imagen dado por el estrés	Si No
			Palidez	Si No
			Resequedad	Si No
			Lesiones	Si No

Patrón Sexualidad Reproducción	Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo	Este patrón no es medible	Este patrón no es medible	Este patrón no es medible
Patrón de valores y creencias	Incluye lo que se percibe como importante en la vida, la calidad de vida y la percepción de cualquier conflicto en los valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud	valores y creencias	Es la religión importante en su vida	Si No
			Interfiere en alguna práctica religiosa	Si No
			Le ayudan cuando surgen problemas	Si No

CAPÍTULO IV

4. Análisis de resultados

En la investigación realizada a los 41 adultos mayores de la la Casa Hogar León Rúales de Ibarra, se obtuvo resultados, los mismos que a continuación se representaron mediante tablas detalladas para su interpretación y análisis:

4.1. Sociodemográfica

Tabla 2.

Características sociodemográficas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
60 – 70 años	8	19,5
71 - 80 años	11	26,8
81 - 90 años	16	39
> 90 años	6	14,6
Género		
Femenino	22	53,7
Masculino	19	46,3
Estado Civil		
Soltero	27	65,9
Casada	9	22
Divorciado	3	7,3
Viudo	2	4,9
Auto identificación étnica		
Mestiza	32	78
Indígena	6	14,6
Afro ecuatoriana	3	7,3
Ingreso económico		
Salario mínimo vital	3	9,8
Menos SMV	4	90,2

Análisis

De acuerdo a los resultados sociodemográficos demuestran que el 39% de la población de estudio se encuentra en edades comprendidas entre 81 – 90 años de edad, predomina el género masculino siendo su estado civil solteros se autoidentificaron con etnia mestiza con porcentaje mayoritario del referente a su ingreso económico con la mayoría de adultos mayores reciben menos del salario mínimo vital antes de ingresar al centro, ya que realizaban trabajos informales, al momento todos los adultos mayores se han convertido en dependientes económicos.

Según el INEC en el censo del 2010 en la provincia de Imbabura se aprecia que por cada 100 mujeres existen 95 hombres, que corresponden el 65.7% a etnia mestiza, 25.8% indígena, 5.4% afro ecuatoriano; con un rango de edad entre 80 a 95 años de edad, de los cuales 8.7 % son viudos y el 77.8 % son solteros, quienes representan el 10.5% de analfabetismo, observando una disminución de analfabetismo en este grupo de estudio (23). La investigación se relaciona con el INEC, llegando a determinar que tanto género masculino y femenino existe en casi igualdad de proporción, en edades de 80 a 95 años.

4.2. Patologías de los adultos mayores

Tabla 3.

Enfermedades de los adultos mayores

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	13	31,7
Hipertensión	2	4,9
Retraso mental	1	2,4
Alzheimer	3	7,3
Demencia senil	4	9,8
Trastorno. Auditivo, visual	7	17,1
Síndrome de caídas	6	14,6
Sin patologías	5	12,2

Análisis

En el Centro asistencial León Ruales de la ciudad de Ibarra, existen en la actualidad 41 pacientes internos, con la revisión de las historias clínicas se determinó que el 31,7% poseen patologías, de este grupo han sido diagnosticados con depresión, dato que es importante analizar por la relación que la depresión tiene con los trastornos de estado de ánimo en los adultos mayores, de igual manera trastornos auditivos y visuales síndrome de caídas (hipertensión); en comparación con un estudio realizado en las Residencias de Ancianos en España en 2015, menciona que “la menor prevalencia de depresión corresponde a hombres” (24), lo que pone en evidencia que existe un mayor porcentaje de depresión en las mujeres frente a los hombres situación contraria encontrada con los datos de depresión que concuerdan con mi investigación.

4.3. Patrón de percepción y manejo de la salud

Tabla 4.

Valoración del Patrón de percepción y manejo de la salud

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Hábitos perjudiciales		
Mala alimentación	29	70,7
Alcohol	8	19,5
Cigarrillo	4	9,8
Conductas generadoras de salud		
Si	26	63,4
No	15	36,6
Hay algo que quiera saber acerca de su enfermedad		
Si	31	75,6
No	10	24,4

Análisis

En lo referente al patrón de percepción y manejo de la salud, fue evaluado obteniendo acerca de los hábitos perjudiciales de salud, los pacientes hablan de cómo era su situación de salud, la percibían como compleja y sin ganas de seguir luchando, no querían salir de casa no permitían que la familia estuviera al lado de ellos, evidenciado, por palabras textuales como “no quería ser estorbo de nada ni de nadie” , “todo me lo tenían que realizar” con el 70,7% afirmando haber tenido una mala alimentación, tenían conductas generadoras de salud, además afirmaron también que si deseaban saber acerca de la enfermedad que padecían, en general a la mayoría de pacientes querían saber más acerca de su enfermedad, pues no la conocían y no sabían porque se había desarrollado en su cuerpo.

Un estudio similar realizado en Mexico en 2011, a 35 adultos mayores residentes en diferentes asilos, en lo que refiere al patrón de percepción de la salud se encontraban la mayoría funcional con el 63% de adultos mayores, disfuncional en el 26% y un 11% se encontraban en riesgo de disfunción (25).

4.4. Patrón de metabolismo y nutrición

Tabla 5.

Valoración del Patrón de metabolismo y nutrición

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Intolerancia a los alimentos		
Si	23	56,1
No	18	43,9
Tipo de alimentos que generan intolerancia		
Leche	18	43,9
Grasas	11	26,8
Gaseosa	6	14,6
Chocolate	4	9,8
Brócoli	2	4,9
Pérdida de peso		
Si	27	65,9
No	14	34,1
Cantidad de kilos perdidos		
0 - 5	21	51,2
6 - 10	8	19,5
11 - 20	12	29,3
Consumo de suplementos vitamínicos		
Si	11	26,8
No	30	73,2
Presencia de prótesis dentales		
Si	5	12,2
No	36	87,8
Síntomas Asociados		
Mareo	7	17,1
Hormigueo	3	7,3
Debilidad muscular	5	12,2
Confusión	9	22
Dificultad para concentrarse	6	14,6
Calambres	5	12,2
Fatiga	4	9,8
Distensión abdominal	2	4,9

Análisis

Durante la valoración del patrón de metabolismo y nutrición se uno muy importante pero que no es común en todos los pacientes sino solo en el 56,1% de la muestra es la intolerancia a algunos alimentos. En la intolerancia a los alimentos es importante destacar que el metabolismo es diferente en cada uno de los pacientes; es importante aclarar que los 23 pacientes que presentaron intolerancia a algunos alimentos como intolerancia al consumo de la leche entera y deslactosada, motivo por el cual este alimento ha sido omitido en la dieta de los pacientes. Otro dato importante evaluado es la pérdida de peso con el 65,9%, que algunos pacientes la atribuyen al mejoramiento en sus nuevos hábitos alimenticios, y otro grupo de adultos mayores a efecto secundario al tratamiento que están o que ya recibieron. En el 51,2% habían perdido hasta 5 kilos, en gran parte no ocnsumen suplementos vitamínicos con el 73,2%, otro dato preocupante es que no poseen prótesis dentales con el 87,8% de los pacientes pertenecientes a la muestra el deterioro dental ha sido evidente por lo cual actualmente utilizan prótesis dentales algunas fijas y otras removibles, sin que sean impedimento para el consumo de ningún tipo de alimento; dentro de algunos síntomas que mas presentan los adultos mayores son el mareo 17,1%, dificultad para concentrarse, calambres y debilidad muscular en porcentajes relavantes.

Un estudio similar realizado en Mexico en 2019, realizado a cabo mediante el método de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon y se complementaron los datos con el expediente clínico donde se mostro peso bajo de los adultos mayores a pesar de que mantenían una dieta normal, además pérdidas dentales de cuatro piezas, los familiares refieren dificultad para su alimentación, por lo que requiere asistencia estudio que se asemejan en las caracteriticas del patron de metabolismo y nutrición (26).

4.5. Patrón de eliminación

Tabla 6.

Valoración del Patrón de eliminación

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Eliminación urinaria		
Frecuencia de eliminación Diurna		
0-5 veces	17	41,5
6-10 veces	24	58,5
Frecuencia de eliminación Nocturna		
0-5 veces	41	100
6-10 veces	0	0
Volumen y Frecuencia Urinaria		
Si	38	92,7
No	3	7,3
Eliminación Intestinal		
Eliminación Diaria		
1 vez	17	41,5
2 veces	4	9,8
3 veces	17	41,5
4 veces	3	7,3
Cambios de bolsa/día		
1 vez	16	39
2 veces	5	12,2
3 veces	16	39
4 veces	4	9,8
Cambios en la deposición		
Si	38	92,7
No	3	7,3
Presencia de sangre		
Si	2	4,9
No	39	95,1
Consistencia		
Blanda	6	14,6
Líquida	33	80,5
Dura	2	4,9
Eliminación cutánea		
Aumento de la sudoración		
Si	36	87,8
No	5	12,2

Análisis

Este patrón está dividido en tres tipos de eliminación, la primera es la eliminación urinaria en la cual se encontró que en algunos de estos pacientes se han presentado cambios en la frecuencia, volumen urinario, calibre del chorro que tienen relación deterioro fisiológico por la edad en la que se encuentra cada uno de ellos en la eliminación diurna de 6 a 10 veces (58,5%), con el 100% eliminación nocturna. Es importante resaltar que la mayoría de pacientes presentan nicturia que les dificulta en cierta forma la continuidad del sueño, pero actualmente se presentan infecciones urinarias ni otros problemas urinarios que alteren la eliminación urinaria.

La segunda es la eliminación intestinal los pacientes refieren que “sus hábitos están cambiando constantemente debido a que no tienen control de su esfínter anal”, ahora están más pendientes de su eliminación pues deben cambiar con frecuencia la bolsa por higiene y para no sufrir accidentes. Los ruidos intestinales según sea el caso se encuentran dentro de los límites normales si el paciente no presenta estreñimiento ni diarrea, pero se encuentran disminuidos en el primer caso y aumentados en el segundo. El tercer y último tipo de eliminación es la cutánea en la cual solo se encontró una alteración que fue el aumento de la sudoración en un 87,8% de los adultos mayores debido al estrés y ansiedad que manejan durante la recuperación de la cirugía y por la enfermedad, este sudor no presenta ningún olor característico y los pacientes refieren que no han tenido cambios en la temperatura corporal.

comprende la alteración en la evacuación a nivel intestinal y urinario, en distintos grados y formas de presentación clínica. Diversos estudios muestran el origen de esta patología en una alteración a nivel de la musculatura del piso pelviano. El objetivo de esta revisión es entregarle al geriatría una visión general de este concepto, usa cada vez más utilizado en la literatura internacional, destacando la importancia de la sospecha clínica, diagnóstico y manejo precoz. Los resultados de estudios internacionales avalan la necesidad del tratamiento conjunto de la afección urinaria y gastrointestinal, para lograr mayor porcentaje de mejoría. El enfoque conjunto de la incontinencia y la constipación, más la amplia gama de situaciones clínicas que cada

uno de ellos conlleva, es el objetivo que persigue introducir este nuevo síndrome de acuerdo a este estudio la limitación o dependencia es menor y si logran en su mayoría realizar actividades y ejercicio. (31).

4.6. Patrón actividad y ejercicio

Tabla 7.

Valoración del Patrón actividad y ejercicio

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Dificultad para mover extremidades		
Si	7	17,1
No	34	82,9
Presencia de Dolor		
Si	12	29,3
No	29	70,7
Tiene Alguna Limitación		
Si	14	34,1
No	27	65,9
Durante sus actividades adopta posturas inadecuadas		
Si	18	43,9
No	23	56,1
Ayudado o supervisado por otra persona		
Si	15	36,6
No	26	63,4

Análisis

Durante la valoración del patrón de actividad y ejercicio, se resalta que los 41 adultos mayores escogidos pueden mover sus extremidades (82,9%) a excepción de siete paciente que puede moverla pero con mucha dificultad lo que impide la marcha y el ejercicio un poco, la mayoría de los pacientes no tiene limitaciones para realizar ejercicio, no tiene los músculos flácidos un porcentaje mínimo utiliza posturas inadecuadas durante sus actividades durante. En la valoración de este patrón un dato importante para recalcar es que todos los pacientes realizan actividad física como

caminar y este dato es bastante alentador ya que ellos mismos enfatizan en la importancia del ejercicio para beneficios de la salud.

Un estudio similar realizado en Mexico, los adultos mayores se encuentra con dependencia o limitación de mas del 58% en sus actividades de la vida diaria e instrumentales, con necesidad de apoyo en el cambio de ropa, comida y al caminar; Posee un riesgo de caídas alto, se encuentra con terapia física y ocupacional en cama con el objetivo de mantener la sedestación y bipedestación (26).

4.7. Patrón de sueño y descanso

Tabla 8.

Patrón de sueño y descanso

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Situación estresante que altere el sueño		
Si	17	41,5
No	24	58,5
Actividades para descansar		
Leer	3	7,3
Ver T.V.	5	12,2
Jugar cartas	11	26,8
Tejer	2	4,9
Recostarse	20	48,8
Duerme durante el día		
Si	3	7,3
No	38	92,7
Horas de sueño en la noche		
2 – 4 horas	5	12,2
5 – 7 horas	11	26,8
8 – 10 horas	25	61
Obesidad		
Si	4	9,8
No	37	90,2

Análisis

En el análisis de este patrón se encontró que las situaciones de estrés que manejan los pacientes y la ansiedad se relacione con la alteración del sueño evitando así la tranquilidad y el descanso, todos los adultos mayores descansan durante la noche algo importante de destacar es un paciente nos refirió que solo duerme de 3 a 4 horas y que

durante el día no descansa es un caso bastante especial ya que al contacto físico con el paciente no presenta fascies de cansancio ni ojeras. El resto de los pacientes si descansan normal, algunos de ellos descansan en el día con el 92,7%, las actividades que los pacientes desarrollan para descansar se determinó que algunos ven televisión, tejen, leen, juegan cartas o simplemente se recuestan con el 48,8%, durante la noche los paciente se levantan pero al baño y luego concilian su sueño fácilmente Finalmente en la mayoría de adultos mayores no se presentan casos de obesidad con el 90,2%.un estudio similar Brasil con un objetivo determinar la prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. La edad promedio fue de 73,5 años el 25% con 80 años a más, predominio del sexo femenino; el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. Un estudio similar fue número de personas que presenta alteraciones del sueño, ya sea en su patrón o en su calidad, es muy alto en la sociedad actual, donde los avances tecnológicos constituyen un factor muy importante en disminuir las horas dormidas. Se puede afirmar que la calidad de vida del ser humano es, en gran medida, dependiente de la relación directa entre la calidad del sueño y el número de horas que se duerme. Este creciente conocimiento de las implicancias del sueño normal sobre la salud física y mental de la persona, ha provocado que sea un tema de continuo interés e investigación, que permite investigar múltiples disciplinas relacionadas con el dormir. Los estudios sobre la cantidad de horas del sueño en individuos sanos y su repercusión en salud, son aún escasos. Algunos estudios longitudinales y transversales sugieren que las personas con un patrón largo y corto de sueño, tienen un mayor riesgo de deterioro en su salud; los que duermen entre 7 y 8 horas gozarían de una mejor salud física y psíquica (6).

4.8. Patrón de auto percepción y auto concepto

Tabla 9.

Valoración del Patrón de auto percepción y auto concepto

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Como se siente con su imagen corporal		
Bien	17	41,5
Incomodo	17	41,5
Mal	7	17,1
Que le gustaría cambiar para identificarse mejor de acuerdo a su imagen		
Enfermedad	31	75,6
Nada	10	24,4

Análisis

A la valoración del patrón de auto percepción y auto concepto se pueden destacar dos hallazgos importantes de auto percepción y manejo de la salud ya que el 41,5% de los pacientes se sienten bien y a gusto con su imagen corporal sin importar su edad, lo más importante para este grupo de personas vulnerables es que se encuentran vivos, con buena salud en algunos casos; otro 41,5% de los pacientes se sienten con su imagen corporal incómodos ya que con la vejez están muy limitados por percibir que la gente se aísla su situación, no se adaptan a sus limitaciones y un 17,1% de los pacientes se sienten con su imagen corporal muy mal ya que no ha sido posible adaptarse al cambio y han tenido complicaciones por enfermedad.

Otro dato importante y de gran relevancia es que más de la mitad de los pacientes lo único que quisieran cambiar es su enfermedad para volver a tener una vida más tranquila y poder realizar cualquier actividad; además ninguno ha perdido la esperanza en Dios y que todo lo sucedido son etapas de la vida, en general todos los pacientes se describen como personas alegres, felices, de buena apariencia personal.

4.9. Patrón rol y relaciones

Tabla 10.

Valoración del Patrón rol y relaciones

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Situación familiar difícil durante el tiempo de vejez		
Si	10	24,4
No	31	75,6
Responsabilidades en el hogar		
Económico	2	4,9
Afectivo	39	95,1
Ingresos suficientes para suplir necesidades		
Si	6	14,6
No	35	85,4
Se siente parte del lugar donde residen		
Si	22	53,7
No	19	46,7

Análisis

La valoración de este patrón funcional acerca del rol y relaciones, durante la investigación se halló que los adultos mayores el 75,6% no habían presentado situaciones familiares difíciles durante el tiempo de vejez, a pesar de que no se encuentran con un trabajo activo solo dos de ellos aun tenían responsabilidades en el hogarla parte economica, La mayoría no cuenta con ingresos suficientes para suplir necesidades con el 85,4% y la mitad de adultos mayores se sentían parte del lugar donde residen.

Un estudio similar realizado en Perú en 2017, el 91% de los adultos mayores valorados presentan este patrón funional enfatizando que no pasaron por una situación difícil con sus familiares durante esta etapa al no tener dependencia ni responsabilidad afectiva ni económica con ellos, con un 6% disfuncional, y un 3% en riesgo de disfunción (27).

4.10. Patrón de adaptación y tolerancia al estrés

Tabla 11.

Valoración del Patrón de adaptación y tolerancia al estrés

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Cambio en su auto imagen dado por el estrés		
Si	35	45,4
No	6	14,6
Palidez		
Si	12	29,3
No	29	70,7
Resequedad		
Si	13	31,7
No	28	68,3
Lesiones		
Si	37	90,2
No	4	9,8

Análisis

En la valoración de este patrón de adaptación y tolerancia al estrés se encontraron los comportamientos y situaciones que generan estrés en los adultos mayores, de qué manera y en que situaciones se ven afectados; Según lo valorado se pudo inferir que el estrés no ha sido significativamente un factor de riesgo que altere su autoimagen, ya el total de la muestra presento esta alteración, por el contrario las personas que en la adaptación de este nuevo proceso han estado estresados como respuesta fisiológica los hallazgos que han presentado son palidez y resequedad No se encontró que los pacientes hayan cambiado definitivamente sus relaciones interpersonales por el estrés. Un estudio similar fue que en cuanto a los niveles de estrés estas tendencias reflejan la ausencia de síntomas en los adultos mayores. Se encontró que en la mayoría de los ítems las puntuaciones muestran ausencia de estrés, debido a que en un 70% de las

respuestas la opción marcada fue “de vez en cuando”, lo cual no representa un valor significativo en la escala. En el ítem nueve se encontró una variación en la cual ninguno de los participantes optó por la respuesta “nunca”, esto puede darse en el adulto mayor del hogar por no tener a cargo responsabilidades con terceras personas. En relación al ítem uno, se halló que el 33.3% de la población se encuentra afectado por algo que le ha ocurrido, una de las posibles explicaciones es el hecho de no ser visitados por algún familiar (33).

4.11. Patrón Sexualidad - Reproducción

En este patrón no se encontraron hallazgos alterados por esta razón no se encuentra tabla de categorías y frecuencias. Dentro de los factores valorados en este patrón no se encontró ninguna clase de alteración debido a que nungun adulto mayor se encontraba en las capacidades de realizar nungun acto sexual y no se encontraban en condiciones de reporducción. Sin embargo pero la parte afectiva y caricias sienten la necesidad y mas aun por el abandono de sus seres queridos.

4.12. Patrón de valores y creencias

Tabla 12.

Valoración del Patrón de valores y creencias

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Es la religión importante en su vida		
Si	38	92,7
No	3	7,3
Interfiere en alguna práctica religiosa		
Si	22	53,7
No	19	46,3
Le ayudan cuando surgen problemas		
Si	31	75,6
No	10	24,4

Análisis

En lo referente al patrón de valores y creencias la mayoría de adultos mayores afirmaron seguir creyendo en su Dios único que les ha permitido estar vivos, siempre se sentían muy llenos del espíritu de Dios, con mucha esperanza y para todos los pacientes es muy importante la religión, afirmando que la religión es importante en su vida con el 92,7%, con más de la mitad de adultos mayores 53,7% interfiere en alguna práctica religiosa dentro del asilo, asegurando que le ayudan cuando surgen problemas personales y espirituales con el 75,6%.

con respecto a este patrón se observa un estudio similar realizado por Medina & Pantoja en 2017, donde manifestaron que se encontraba en un 100% de la población adulta mayor en lo referente a sus creencias religiosas resultados que concuerdan con el presente estudio (26).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

En relación a los objetivos planteados y la investigación realizada se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Los factores sociodemográficos que se presentaron con mayor frecuencia en los adultos mayores son las edades comprendidas entre 81 a 90 años, predomina la etnia mestiza, solteros y la mayoría no cuenta con ingreso mínimo vital.
- Se identificaron los siguientes patrones funcionales de acuerdo a la valoración que el patrón actividad y ejercicio en el patrón de actividad y ejercicio, evitando la pérdida mayor de su funcionalidad e independencia, es necesario considerar que la vulnerabilidad no es sinónimo de edad avanzada. Sin embargo, si a esto le sumamos factores externos como un traumatismo que compromete la salud, pone al adulto mayor en una situación con disminución de su autonomía.
- Los adultos mayores que presentan déficit en el autocuidado, falta de participación y colaboración en grupo de trabajo, necesitan de una estrategia dirigida a este problema, por ello la elaboración de esta guía educativa dirigida a los cuidadores del paciente geriátrico con el objetivo de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores y mantenimiento de los patrones funcionales.

5.2. Recomendaciones

- Continuar investigando sobre el desarrollo de la calidad de vida en adultos mayores, los cuales identificarán problemas físicos, emocionales, psicológicos y espirituales del adulto mayor, considerando importante capacitar a los cuidadores mejorando así la calidad de vida y cuidados básicos en mejoras de su discapacidades y dolencias.
- Es de suma importancia que, en estos casos, Enfermería, como parte del personal a cargo de pacientes adultos mayores, se comprometa con el plan de mantenimiento de patrones funcionales, buscando como objetivo que se pueda recuperar la salud, así como la mayoría de sus capacidades para desarrollarse de manera óptima en su vida diaria por medio de la terapia física y rehabilitación, evitando la pérdida de su funcionalidad y autonomía.
- Concientizar a la familia a evitar el abandono y la indigencia, además se refuerce la unión familiar, el cual contribuirá a fortalecer el vínculo en cada uno de sus miembros procurando que su vejez sea digna.

Bibliografía

1. Alvarado A, Salazar Á. Análisis del concepto de envejecimiento. *Revista Gerokomos*. 2014 junio; 25(2).
2. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Revista Enfermería Universitaria*. 2015 julio-septiembre; 12(3).
3. Congreso Historia en Enfermería. Etapas del PAE. [Online].; 2015 [cited 2019 mayo 4. Available from: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html>.
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 abril 6. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
5. Aguirre S. Manifestación del sentido de vida en personas de la tercera edad no institucionalizadas. *Revista Ajayu*. 2013 marzo; 3(1).
6. Giro J. Envejecimiento y sociedad una perspectiva pluridisciplinar La Rioja: Universidad de La Rioja; 2012.
7. Rodríguez M. La soledad en el anciano. *Revista Gerokomos*. 2013 diciembre; 20(4).
8. Martínez M, Siles J, Torres J. ¿Cómo se vive el duelo en el ámbito rural? Una mirada desde la ancianidad. *Revista Gerokomos*. 2018 abril; 29(1).
9. Sánchez G, Mendoza N. Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud. *Revista Información Científica*. 2018 enero-febrero; 97(1).
10. Parra D, Gonzalez D, Pinto D. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. *Revista Enfermería universitaria*. 2017 enero a marzo; 14(1).
11. Blanca J, Linares M, Grande M. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Revista Aquichan*. 2012 septiembre; 12(3).

12. MIES. MInisterio de Inclusión Económica y Social. [Online].; 2018 [cited 2019 julio 22. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/cerca-de-6-mil-adultos-mayores-son-atendidos-en-carchi-imbabura-esmeraldas-y-sucumbios/>.
13. Rodríguez N. Manual de sociología gerontológica Barcelona: Adolf Florensa; 2006.
14. Organización Panamericana de la Salud. Valoración Clínica del Adulto Mayor. 2014. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo1.pdf>.
15. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. División de Nutrición, Actividad Física, y Obesidad. [Online].; 2015 [cited 2019 mayo 3. Available from: https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html.
16. Bernalte A, Miret M. Manual de la Enfermería Comunitaria. Primera edición ed.: Libros en Red; 2005.
17. Alvarez J, Del Castillo F, Fernández D, Muñoz M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. [Online].; 2015 [cited 2019 julio 18. Available from: www.seapaonline.org.
18. Elso R, Solis L. El proceso de atención de enfermería en urgencias extrahospitalaria. 2014..
19. Fabra J, Casado L. Relación entre el estilo de vida de una joven deportista de alto rendimiento y los patrones. Revista Cultura de los Cuidados. 2014 mayo; 38.
20. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. Décima ed ed. Barcelona : Elsevier Mosby; 2003.
21. Aréjula J, Borrego R, Domingo M, Morente M. Observatorio Metodología Enfermera. [Online].; 2008 [cited 2019 julio 20. Available from: ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf.
22. Vicuña M, Verdugo A. Repositorio Intitucional de la Universidad de Cuenca. [Online].; 2015 [cited 2019 5 3 [Tesis de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Cuenca]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22981>.

23. Homero G. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012 enero; 23(1).
24. Gomis D. *Manual de enfermería teoría + práctica*. Tercera ed ed. Buenos Aires: Arkadia; 2008.
25. De la Cruz F. *Mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo”* 2017. 2017. Tesis de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Técnica del Norte.
26. CIE CIdE. *Código Deontológico Cie para la Profesion de Enfermería*. Fornara ed. Suiza ; 2005.
27. Instituto Nacional de Estadística y Censo. *Ecuador en Cifras*. [Online].; 2010 [cited 2019 10 3. Available from: : <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.
28. Herrera L, Rodríguez Á. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *Revista de Enfermería ENE*. 2015 enero; 9(2).
29. Pinedo D, Sanchez A. *Nivel de bienestar que presentan los adultos mayores residentes de casas hogares de Hermosillo, Sonora*. 2011. Proyecto de Investigación de la Universidad de Sonora.
30. Medina J, Pantoja M. Cuidados de enfermería de un adulto mayor con fractura transtrocantérica de cadera derecha en un Servicio de Traumatología. *Revista Mexicana de Enfermería*. 2019 julio; 19(27).
31. Calle A, Colqui K. Factores asociados a la presentación de infecciones urinarias por *Escherichia coli* productoras de betalactamasas de espectro extendido. *Revista Medica Herediana*. 2017 julio; 28(3).
32. Puig M, Moreno C. Valoración de enfermería a una persona mayor atendida en atención domiciliaria. *Revista Gerokomos*. 2011 junio; 22(3).
33. Tisnés A, Salazar L. Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Revista Papeles de población CIEAP*. 2016 junio; 88.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de la investigación



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

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN N °001 073-CACES-2013-13

Ibarra 2 de octubre 2019

Lic. María José Lozano

Presente

Es grato dirigirme a usted para manifestar un saludo. Dada de su experiencia profesional y méritos académicos y personales, le solicito su colaboración de la validación del contenido de ítems que conforman los instrumentos que serían aplicados a una muestra seleccionando que tiene una finalidad de recoger información dirigida para la investigación titulada” **PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON, CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019**” sus observaciones y recomendaciones contribuirán para mejorarla visión del trabajo.

Agradezco de antemano su valioso aporte

Msc. Graciela Ramírez

Tutora

Katerine Zura

Katerine Zura

Autora

Anexo 2. Aplicación de encuestas



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

**“PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON,
CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019”**

Nombres	
Edad	
Género	
Estado Civil	
Auto identificación Étnica	
Ingreso Económico	
Patología que presenta	

1. PATOLOGIAS DE LOS ADULTOS MAYORES MAS PREVALENTES EN LOS ADULTOS MATORES

Depresión

Hipertensión

Retraso mental

Alzheimer

Demencia senil

Trastorno. Auditivo, visual

Sindorme de caidas

Sin patologías

Valoración por Patrones Funcionales de Maryory Gordon

PATRÓN DE LA PERCEPCIÓN

2. ¿Para Ud. que significa estar sano y que tan importante es?

3. ¿Qué hace Ud. para mantenerse sano?

4. ¿Qué habito sud considera que hacen daño para la salud?

Hábitos perjudiciales

Mala alimentación Si No

Alcohol Si No

Cigarrillo Si No

5. ¿Qué aspectos ha encontrado para conservar la salud o cumplir los tratamientos?

PATRÓN DE METABOLISMO Y NUTRICIÓN

6. ¿Cuál es su alimentación diaria?

Desayuno.....

Almuerzo.....

Merienda.....

Dieta estricta

7. ¿Presenta intolerancia a los alimentos?

Si

No

8. ¿Tipo de alimentos que generan intolerancia?

Leche

Grasas

Gaseosa
Chocolate
Brocoli

9. ¿Ha perdido o a ganado peso en los últimos meses?

Si
No

10. ¿Aproximadamente cuantos kilos?

0-5
6-10
11-20

11. ¿utiliza suplementos alimenticios?

Si
No

12. ¿Presencia de prótesis dentales?

Si
No

13. ¿Tiene algún síntoma asociado?

Mareo
Hormigueo
Debilidad muscular
Confusión
Dificultad para concentrarse
Calambres
Fatiga
Distensión abdominal

PATRÓN DE LA ELIMINACIÓN

Eliminación urinaria

14. ¿Cuántas veces orina en la mañana y la noche?

0-5 veces

6-10 veces

Al orinar presenta **Dolor:** Si No **Ardor:** Si No **incontinencia:** Si No

Goteo al orinar: Si No **Volumen** Si No **Frecuencia:** 1 -2-3-4 veces

Eliminación intestinal

15. ¿Cómo es su hábito intestinal?

Día.....

16. ¿Qué molestias o dificultades tiene para eliminar?

Olor Sí No

Presencia de sangre Sí No

Presencia de salida involuntaria de heces Si No diarrea Si No

Vomito Sí No

Eliminación cutánea

17. ¿Tiene aumento de la sudoración?

Si

No

PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

18. ¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si

No

19. ¿Tiene alguna dificultad para mover extremidades?

Si

No

20. ¿Tiene alguna limitación para realizar actividades?

Si

No

21. ¿Durante sus actividades adopta posturas inadecuadas?

Si

No

22. ¿Con ayudado o supervisado por otra persona?

Si

No

PATRÓN DE DESCANSO Y SUEÑO

23. ¿Está pasando por situación estresante que altere el sueño?

Si

No

24. ¿Qué actividades le producen mayor descanso y cuales no le permiten descansar?

Leer

Ver T.V.

Jugar cartas

Tejer

Recostarse

25. ¿Cuántas horas duerme durante el día?

Si

No

26. ¿Cuántas horas de sueño tiene en la noche?

2- 4

5- 7

8- 10

PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

27. ¿Cuál es su nombre : Si No Sabe que día es hoy : Si No

Sabe dónde se encuentra?: Si No

28. ¿Cómo se siente con su imagen corporal?

Bien

Incomodo

Mal

29. ¿Qué le gustaría cambiar para identificarse mejor de acuerdo a su imagen?

Enfermedad

Nada

PATRÓN ROL DE RELACIONES

30. ¿Cómo es situación familiar difícil durante el tiempo de vejez?

Si

No

31. ¿Tiene ingresos suficientes para suplir necesidades?

Si

No

32. ¿Cómo se siente parte del lugar donde residen?

Bien Si No

Mal Si No

Incomodo Si No

PATRÓN DE AUTO PERCEPCIÓN Y AUTO CONCEPTO

33. ¿Qué cambio en su auto imagen dado por el estrés?

Si

No

34. ¿Ha tenido los siguientes signos y síntomas?

Palidez Si No

Resequedad Si No

Lesiones Si No

PATRON DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

35. ¿Mantiene relaciones sexuales con su pareja?

Si No

36. ¿Son sus relaciones sexuales satisfactorias?

Si No

37. ¿Utiliza anticonceptivos?

Si No

38. ¿Usted y su pareja planifican?

Si No

PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS

39. ¿Es la religión importante en su vida ?

Sí No

40. ¿Interfiere en alguna práctica religiosa?

Sí No

41. ¿La religión es muy importante en su vida ?

Sí No

42. ¿Le ayudan cuando surgen problemas?

Sí No



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
IBARRA - ECUADOR

Ibarra, 29 de marzo de 2019

SOR.-

ALEXANDRA MACIAS

DIRECTORA DEL ASILO LEON RUALES

Ibarra.

Presente

Me permito solicitar a Ud. muy comedidamente se conceda el ingreso a la unidad que usted es dirigente, A la estudiante **ZURA MINA EMMA KATERINE** con número de cédula **100465517-9**, para poder realizar la aplicación del estudio de investigación, con el compromiso de mantener a confidencialidad para la investigación del tema de tesis de grado titulada: **“PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON .CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019.”** como requisito previo a la obtención del título de Licda. en Enfermería y en virtud de que dicho estudio aportará a la institución.

Por la atención que se brinde al presente, mis más sentidos agradecimientos.

Atentamente,

“CIENCIA Y TECNOLOGÍA AL SERVICIO DEL PUEBLO”



Msc. Rocío Castillo

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y SALUD



Recibido
29-03-2019

Misión Institucional

Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Ciudadela Universitaria barrio El Olivo
Teléfono: (06) 2 953-461 Casilla 199
(06) 2 609-420 2 640- 811 Fax: Ext:1011
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec

Anexo 3. Archivo Fotográfico



Anexo 4. Portada de la Guía Educativa





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
IBARRA - ECUADOR

Ibarra, 29 de marzo de 2019

SOR.-

ALEXANDRA MACIAS

DIRECTORA DEL ASILO LEON RUALES

Ibarra.

Presente

Me permito solicitar a Ud. muy comedidamente se conceda el ingreso a la unidad que usted es dirigente, A la estudiante **ZURA MINA EMMA KATERINE** con número de cédula **100465517-9**, para poder realizar la aplicación del estudio de investigación, con el compromiso de mantener a confidencialidad para la investigación del tema de tesis de grado titulada: **“PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON .CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019.”** como requisito previo a la obtención del título de Licda. en Enfermería y en virtud de que dicho estudio aportará a la institución.

Por la atención que se brinde al presente, mis más sentidos agradecimientos.

Atentamente,

“CIENCIA Y TECNOLOGÍA AL SERVICIO DEL PUEBLO”



Msc. Rocío Castillo

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y SALUD



Recibido
29-03-2019

Misión Institucional

Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Ciudadela Universitaria barrio El Oliv
Teléfono: (06) 2 953-461 Casilla 199
(06) 2 609-420 2 640- 811 Fax: Ext:1011
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec



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

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN N °001 073-CACES-2013-13

Ibarra 2 de octubre 2019

Lic. María José Lozano

Presente

Es grato dirigirme a usted para manifestar un saludo. Dada de su experiencia profesional y méritos académicos y personales, le solicito su colaboración de la validación del contenido de ítems que conforman los instrumentos que serían aplicados a una muestra seleccionando que tiene una finalidad de recoger información dirigida para la investigación titulada "PATRONES FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN GORDON, CASA HOGAR LEÓN RÚALES, IBARRA 2019" sus observaciones y recomendaciones contribuirán para mejorarla visión del trabajo.

Agradezco de antemano su valioso aporte

Msc. Graciela Ramírez

Tutora

Katerine Zura

Katerine Zura

Autora

ABSTRACT

“FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS IN THE ELDERLY ADULT
ACCORDING TO GORDON, AT THE HOGAR LEÓN RÚALES ELDERLY
HOME, IBARRA 2019”

Author: Emma Katherine Zura Mina

Email: katerinezura@gmail.com

Advances in medicine have increased life expectancy and in order to respond to the impact of the aging population, policies must be promoted to react in a timely manner to the needs to improve their level of well-being. **Study objective:** To assess the elderly according to Gordon's functional health patterns at the Hogar León Rúaless elderly home , Ibarra 2019. **Material and Method:** A quantitative, non-experimental, cross-sectional descriptive study was carried out; with 41 older adults in ages from 60 to over 90 years old, through an expert validity survey, HCL review, tabulated through Microsoft Excel. **Results:** It is evident that ages between 81 and 90 years of age, mestizo, single, without income. **Conclusion:** It shows with more advances in the pattern of activity and exercise, avoiding the greater loss of its functionality and independence, it was also shown a lack in self-care, participation and collaboration by caregivers, being necessary a strategy aimed at easing this problem.

Keywords: Senior Adult, Elderly Home, Gordon Patterns.

Victoria Ruzza
2019



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FINAL ZURA 2019.docx (D58909017)
Submitted: 11/15/2019 1:32:00 AM
Submitted By: katerinezura@gmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

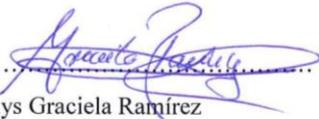
ENSAYO.pdf (D47122526)
MONAR URKUND - copia.docx (D50288125)
<https://docplayer.es/143864504-Universidad-rey-juan-carlos.html>

Instances where selected sources appear:

3

Ibarra, a los 19 días del mes de noviembre del 2019

Lo certifico:

(Firma).....

MSc. Gladys Graciela Ramírez

C.I.: 1000997641

DIRECTORA DE TESIS