



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

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo” 2017.

AUTORA:

Dolores Fernanda De la Cruz De la Cruz

DIRECTORA DE TESIS:

Msc. Viviana Espinel Jara

IBARRA – ECUADOR

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Yo, Msc. Viviana Espinel Jara en calidad de directora de la tesis titulada: **“MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEL HOGAR “SUSANA MANCHENO DE PINTO” DEL CANTÓN OTAVALO 2017”**, de autoría de: Dolores Fernanda De la Cruz De la Cruz, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, octubre del 2017

Atentamente.



Msc. Viviana Espinel Jara

C.C.: 1001927951

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

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

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	100321357-4
Apellidos y nombres:	De la Cruz De la Cruz , Dolores Fernanda
Dirección:	Calle El Naranjal No 6 y el Guabo - Ibarra
Email:	doloresfer88@gmail.com
Teléfono fijo:	2 542077
Teléfono móvil:	0983089676
DATOS DE LA OBRA	
Título:	“MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEL HOGAR “SUSANA MANCHENO DE PINTO” DEL CANTÓN OTAVALO 2017”
Autora:	De la Cruz De la Cruz Dolores Fernanda
Fecha:	
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciatura de enfermería
Directora:	Msc. Viviana Espinel Jara

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **De la Cruz De la Cruz Dolores Fernanda**, con cédula de ciudadanía Nro. 100321357-4; en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

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

En la ciudad de Ibarra, octubre del 2017.

LA AUTORA



De la Cruz De la Cruz Dolores Fernanda

C.I.: 100321357-4

ACEPTACIÓN:

Facultado por resolución de Consejo Universitario



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

Yo, **De la Cruz De la Cruz Dolores Fernanda**, con cédula de ciudadanía Nro. **100321357-4**; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEL HOGAR “SUSANA MANCHENO DE PINTO” DEL CANTÓN OTAVALO 2017”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura de Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, mes de octubre de 2017.

LA AUTORA

De la Cruz De la Cruz Dolores Fernanda

C.I.: 100321357-4

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCSS-UTN
Fecha: Ibarra, 27 de octubre del 2017

DE LA CRUZ DE LA CRUZ DOLORES FERNANDA “MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEL HOGAR “SUSANA MANCHENO DE PINTO” DEL CANTÓN OTAVALO 2017” / TRABAJO DE GRADO. Licenciatura de Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 17 de octubre de 2017

DIRECTORA: Msc Viviana Espinel Jara.

El principal objetivo de la presente investigación fue contribuir en el mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar socio-demográficamente a los adultos mayores estudiados. Identificar los conocimientos y prácticas sobre autocuidado que tiene el grupo de estudio. Determinar las condiciones actuales del bienestar físico- emocional- social de los adultos mayores y elaborar una propuesta de acción para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

Ibarra, 27 de octubre del 2017

Viviana Espinel Jara. Msc

Directora de Tesis

De la Cruz De la Cruz Dolores Fernanda

Autora

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre ya que ella ha sido mi mayor motivación, también por ser la persona que ha plasmado en mí su fortaleza para siempre luchar por mis hijos y el futuro de mi familia; demostrando esfuerzo, dedicación y sacrificio. También por sus buenos consejos que me han guiado en mi vida estudiantil y pre-profesional.

Dolores Fernanda De la Cruz De la Cruz

AGRADECIMIENTOS

Esta es una gran oportunidad para agradecer al rector de mi proyecto de vida que es Dios quien me ha dado fortaleza y sabiduría para culminar este trabajo, como también a mi familia quienes de una forma u otra se hicieron partícipes en la consecución de este objetivo. Sin embargo, quiero destacar mi agradecimiento a mi esposo Javier y a mis hijos Sabrina y Sebastián, por su comprensión y apoyo, igualmente un agradecimiento a mi asesora Msc. Viviana Espinel Jara por su valiosa ayuda y dedicación a mi trabajo.

Quien les agradece su apoyo.

Dolores Fernanda De la Cruz De la Cruz

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	v
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTOS	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xv
TEMA:	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación de problema	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo General:	4
1.4.2. Objetivos Específicos:.....	4
1.5. Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico	7

2.1. Marco Referencial.....	7
2.1.1. Actividad física, ejercicio físico y adulto mayor	7
2.1.2. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor	7
2.1.3. Calidad de vida en el adulto mayor.....	8
2.1.4. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto.....	8
2.1.5. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: meta estudio cualitativo	9
2.2. Marco Contextual.....	9
2.3. Marco Conceptual.....	14
2.3.1. Definición de envejecimiento y adulto mayor	14
2.3.2. Factores que influyen en el envejecimiento	15
2.3.3. Cambios producidos por el proceso del envejecimiento.....	16
2.3.4. Ciencias relacionadas con la vejez	17
2.3.5. Longevidad	19
2.3.6. Salud y enfermedad	20
2.3.7. Enfermedades propias de la vejez	20
2.3.8. El adulto mayor en la sociedad ecuatoriana	27
2.3.9. La enfermera en el cuidado del adulto mayor	28
2.3.10. Protocolo de la atención del adulto mayor	28
2.3.11. Escala de Likert.....	35
2.4. Marco Legal	39
2.4.1. La Constitución de la República del Ecuador 2008.	39
2.4.2. Plan del buen vivir 2013-2017	41
2.5. Marco Ético.....	42

2.5.1. La Ética profesional de la enfermería, declarada por Alvarado.....	42
2.5.2. Ética en el Adulto Mayor	42
2.5.3. MIES Norma Técnica del adulto mayor.....	45
CAPÍTULO III.....	49
3. Metodología de la Investigación	49
3.1. Diseño de la investigación	49
3.2. Tipo de la investigación.....	49
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	50
3.4. Población	50
3.4.1. Universo	50
3.4.2. Muestra	50
3.4.3. Criterios de inclusión.....	50
3.4.4. Criterios de exclusión.....	50
3.5. Operacionalización de variables	51
3.6. Métodos de recolección de información.....	55
3.7. Análisis de datos	55
3.8. Métodos y técnicas para la tabulación y procesamiento de la información.	56
CAPÍTULO IV.....	57
4. Resultados de la investigación.....	57
4.1. Caracterización sociodemográfica.....	57
4.2. Identificación de los conocimientos y prácticas que tiene el grupo objeto de estudio.	59
4.3 Determinación de las condiciones del bienestar físico-emocional-social de los adultos mayores estudiados.....	61
CAPÍTULO V	63
5. Conclusiones y recomendaciones.....	63

5.1. Conclusiones.....	63
5.2. Recomendaciones.	65
Bibliografía	66
ANEXOS	71
Anexo 1. Galería fotográfica	71
Anexo 2. Entrevista	72
Anexo 3. Check List	73
Anexo 4. Encuesta	75
Anexo 5. Guía de solución y evaluación	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1. Caracterización sociodemográfica del grupo de estudio	57
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Conocimientos y prácticas que tiene el grupo objeto de estudio.	59
Tabla 2: Condiciones del bienestar físico-emocional-social de los adultos mayores estudiados	61

RESUMEN

Tema: “Mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo 2017”

AUTORA: Dolores Fernanda De la Cruz De la Cruz

Correo: doloresfer88@gmail.com

Los avances de la medicina han aumentado la expectativa de vida y el número de adultos mayores en general, causado por la disminución de la tasa de fecundidad, el cual aumenta la población adulto mayor, considerando necesario mejorar la calidad de vida de este grupo etario. **Objetivo de estudio:** Contribuir en el mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo. **Material y Método:** Se realizó un estudio cualicuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo transversal y deductivo; incluyendo a 31 adultos mayores del Hogar de Ancianos en edades de 80 a 89 años, mediante una entrevista, encuesta, revisión de HCL, check list, tabulada a través de Microsoft Excel. **Resultados:** Se evidencia que el 84% de la población necesita en su totalidad del personal para realizar sus actividades cotidianas; el 97% refiere que no cuenta con una buena relación y participación en actividades efectuadas en el Asilo manifestando signos de agresividad, ansiedad, depresión y patologías propias de su edad. **Conclusión:** Existe un alto porcentaje de adultos mayores que no reciben la atención integral y optima por parte del personal auxiliar de enfermería, determinado la necesidad de implementar una guía dirigida al cuidador del paciente geriátrico sobre cuidados básicos del adulto mayor; que ayudara a mejorar la calidad del vida aumentando su condición emocional y social.

Palabras clave: Adultos Mayores, Calidad de Vida, Centro Gerontológico, Calidad de Servicio.

ABSTRACT

Tema: "Improvement in the quality of life of senior adults at the Geriatric Care Center " Susana Mancheno de Pinto " in Otavalo 2017"

AUTOR: Dolores Fernanda De la Cruz De la Cruz

Email: doloresfer88@gmail.com

Advances in medicine have increased the life expectancy and the number of older adults in general, caused by the decrease in the fertility rate, which increases the older adult population, considering it necessary to improve the quality of life of the people in this age group. **Objective of study:** To generate a process of integral attention to improve the quality of life of the elderly of the Geriatric Care Center "Susana Mancheno de Pinto" in Otavalo. **Material and Method:** A quantitative, non-experimental, cross-descriptive and deductive descriptive study was carried out; Including 31 senior citizens of the Home for the Elderly in ages of 80 to 89 years, through an interview, survey, HCL revision, check list, tabulated through Microsoft Excel. **Results:** It is evident that 84% of the population needs all the staff to carry out their daily activities; 97% report that they do not have a good relationship and participation in activities carried out at the elderly home, showing signs of aggression, anxiety, depression and pathologies specific to their age. **Conclusion:** There is a high percentage of older adults who do not receive comprehensive and optimal care from the auxiliary nursing staff, determined the need to implement a guide aimed at the caregiver of the geriatric patient on basic care of the elderly; that will help improve the quality of life by increasing their emotional and social condition.

Key words: Older Adults, Quality of Life, Geriatric care Center, Quality of Service.



Victor Raúl Rodríguez
1715496124

[Handwritten signature]

TEMA:

Mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo 2017.

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La OMS refiere que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados; entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional.

Los cambios demográficos, impactados por factores como la industrialización, descubrimientos médicos, mejoramiento de las condiciones de vida, intervenciones de salud en la niñez dirigidos a reducir la mortalidad infantil y como consecuencia el aumento de la esperanza de vida, muestran un incremento creciente del grupo de población adulta mayor de 60 años y más (1).

La Organización de Naciones Unidas, sitúan a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, de cuya población el 40% se situaría por encima de los 60 años. Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 17% de la población total, con más de 7 millones de personas (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2010), de las que aproximadamente un 25% son octogenarias; en este sentido y según las proyecciones realizadas por el INE, en el año 2050 las personas mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población. “En España, en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años” (2).

Según el INEC en Ecuador actualmente el 7% de sus habitantes tiene más de 65 años, pero en solo 9 años (2025) superará el 10%, con lo cual estará entre los países considerados con una población envejecida. El envejecimiento en Latinoamérica se caracteriza por ser predominantemente en el género femenino y en poblaciones con niveles educativos bajos (en algunos casos con menos de seis años de escolarización).

En el otro lado está México, que, aunque registra unos niveles de envejecimiento más moderados (6,8%) no hay que perder de vista que se trata de uno de los tres países de la OCDE que ofrecen menor protección de seguridad social a la vejez. Actualmente, la edad media del país es de 26 años, con una tasa de fecundidad de 2,2 (3).

El MIES atiende a 2000 adultos mayores en Imbabura, manifiesta Catalina Peñafiel, Coordinadora Zonal del MIES, que ahora los adultos mayores forman parte de los grupos de atención prioritaria en las políticas de inclusión que impulsa el actual Gobierno; la inversión a nivel nacional en programas de inclusión a las personas de la tercera edad es de 3 millones de dólares.

Lourdes Maygua realiza las visitas domiciliarias en el cantón Antonio Ante, califica como fundamental el acompañamiento que se realiza a los adultos mayores. En su mayoría son personas solas, por alguna enfermedad no pueden acercarse a los puntos de atención, por tal razón los grupos de apoyo son quienes se acercan a los centros gerontológicos (4).

1.2. Formulación de problema

¿Cómo contribuir al mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del Cantón Otavalo 2017?

1.3. Justificación

El presente trabajo es de importancia porque permitirá el conocimiento acerca de la calidad de vida de los adultos mayores del Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del Cantón Otavalo, provincia Imbabura; con el fin de establecer una propuesta que ayude a mejorar las intervenciones de los auxiliares de enfermería garantizando una atención de calidad.

La investigación es novedosa porque permite analizar el problema de manera integral estableciendo sus causales, pero en base a un diagnóstico situacional de la salud de los adultos mayores, tomando en cuenta que en el centro gerontológico no se han establecido adecuadas intervenciones de enfermería.

Es de impacto porque se contará con una propuesta de cuidados básicos dirigidos a los cuidadores del paciente geriátrico, el cual será validado y aprobado por el Ing. Eduardo Molina, administrador de la Institución, el cual permitirá establecer de mejor manera los procedimientos para una buena atención y es factible porque se cuenta con el apoyo de las personas que dirigen el centro gerontológico, además con el consentimiento del personal de auxiliar de enfermería que busca mejorar su trabajo y la calidad de atención que brinda a los adultos mayores.

Los beneficiarios directos son los adultos mayores y el personal auxiliar de enfermería porque será reconocida por su calidad de atención, además la Institución ya que la comunidad se sentirá satisfecha por la atención brindada y de manera indirecta la familia.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General:

- Contribuir en el mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-demográficamente a los adultos mayores estudiados.
- Identificar los conocimientos y prácticas sobre autocuidado que tiene el grupo de estudio.
- Determinar las condiciones actuales del bienestar físico- emocional- social de los adultos mayores.
- Elaborar una Guía de cuidados básicos dirigidos a los cuidadores del paciente geriátrico.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas del grupo estudiados?
- ¿Qué conocimientos y prácticas sobre autocuidado tiene el grupo de estudio?
- ¿Cuáles son las condiciones actuales de bienestar físico- emocional- social de los adultos mayores investigados?
- ¿Cuáles aspectos debe contener una guía de cuidados básicos dirigidos a los cuidadores de paciente geriátrico?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Actividad física, ejercicio físico y adulto mayor

La investigación realizada por la Dra. María Antonieta Corrales, Costa Rica 2016, ha comprobado que la actividad física y el ejercicio mejoran la calidad de vida de las personas mayores; las investigaciones han encontrado progresos en el plano físico, emocional y social; una de las organizaciones que está promoviendo estilos de vida saludables es la Organización Mundial de la Salud, que ha enfocado su atención en todas las etapas de la vida: desde la niñez hasta la edad adulta mayor.

A nivel mundial, el envejecimiento de la población es un fenómeno que ha sufrido cambios sustanciales en lo económico, social y cultural; el aumento en la expectativa de vida, descensos en la mortalidad infantil y disminución en la fecundidad son factores que han provocado el aumento de la población mayor en el mundo; se espera que en 50 años, la población mayor sea de 58 millones, lo que equivale aproximadamente un 23,6% del total de la población (5).

2.1.2. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor

La investigación ejecutada por Sánchez Gil, Cuba 2010, reconoce la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor, ya que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de validar, dependencia y discapacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo. La sociedad necesita adultos mayores

sanos, los profesionales de la Atención Primaria de Salud tenemos la responsabilidad social de desarrollar acciones de prevención y rehabilitación del deterioro mental en el adulto mayor, porque su salud y calidad de vida están muy relacionadas con un adecuado funcionamiento cognitivo (6).

2.1.3. Calidad de vida en el adulto mayor

El estudio realizado por Huerta Riveros, Ecuador 2011, refiere que el envejecimiento poblacional del mundo y de Ecuador es un fenómeno demográfico asociado con la revolución científico técnica del siglo XXI; sus consecuencias unidas a características socio-demográficas pueden afectar la calidad de vida. La aparición del concepto calidad de vida y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. La idea comienza a generalizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son: salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general. Conocer los aspectos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor y su relación con el envejecimiento, nos motivó a la realización de este trabajo (7).

2.1.4. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto

La investigación ejecutada por **Alfonso Urzúa, Chile 2012**, define que el concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada. El presente trabajo presenta una revisión teórica del concepto, así como una clasificación de los distintos modelos de definiciones, incluyendo una propuesta de modelo centrado en la evaluación cognitiva. Se desarrollan también los principales problemas de la investigación en el área de la calidad de vida (8).

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

El estudio realizado por Joaquín Jesús Blanca Gutiérrez, 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 (9).

2.2. Marco Contextual

La presente investigación se realizó en el Hogar “Susana Mancheno de Pinto”. Está ubicado en la cantón Otavalo, en la calle Bolívar; en las instalaciones de la Cruz Roja; es una institución privada sin fines de lucro; se financia con fondos del MIES, además se solventa con los recursos económicos que provienen de autogestión o donaciones, actualmente acoge a 31 adultos mayores de condiciones de pobreza en su mayoría, en

cuanto al personal cuenta con 8 personas: 2 auxiliares de enfermería por cada turno, 1 terapeuta ocupacional y 5 personas de la cruz roja.

Aporte anual que brinda el MIES al Hogar “Susana Mancheno de Pinto”

PRESUPUESTO QUE APORTA EL MIES AL HOGAR “ SUSANA MANCHENO DE PINTO”				
Rubro	Frecuencia	Cantidad	Costo unitario	Costo total \$
Fisioterapeuta	12	1	818	9827.00
Cuidadores	12	2	586	14082.00
Adquisición de alimentación	365	25	4204	38368.00
Compra de pañales	365	25	0,74	6838.00

En la tabla se observa el aporte que realiza el MIES al Asilo “Susana Mancheno de Pinto”, un total de \$6`9165.00, los cuales cubren las necesidades básicas del grupo de adultos mayores, cabe recalcar que 6 de ellos realizan aportaciones independientes, es decir, no están a cargo del MIES, Dentro de la Cruz Roja tiene el programa de Salud Comunitaria donde maneja el hogar “Susana Mancheno de Pinto” el cual es una casa de acogida para adultos/as mayores indigentes como también de adultos que no pueden ser atendidos por sus familiares, con la finalidad de Mejorar la calidad de vida a través de una atención integral que implemente acciones tendientes a fortalecer el goce de su bienestar físico, social y mental de este grupo de atención prioritaria, esta casa de acogida alberga a veinte y siete adultos/as mayores con discapacidad y enfermedades múltiples.



Imagen 1: Hogar de Ancianos “Susana Mancheno de Pinto”

CRUZ ROJA ECUATORIANA HISTORIA



Imagen 2: Cruz Roja Ecuatoriana-Otavalo Imbabura

Un día como hoy inician oficialmente las actividades de la Cruz Roja Ecuatoriana en Imbabura. El 5 de julio de 1941 se inicia un conflicto armado entre Ecuador y el Perú coincidiendo con la Segunda Guerra Mundial que motiva a la creación de la Cruz Roja. La idea de solidaridad se extendió al cantón Otavalo, el profesorado y alumnado de la escuela Gabriela Mistral. Ellos habían formado el 8 de julio del mismo año, el Comité pro Cruz Roja Otavaleña, que inició cursos de adiestramiento en enfermería y primeros

auxilios dictados por los médicos de asistencia pública y con la colaboración de la caja de pensiones, la directiva estuvo a cargo de la señora María Moreno de Beltrán.

Misión

La Cruz Roja Ecuatoriana trabaja para aliviar y prevenir el sufrimiento humano, desde las comunidades, promoviendo el bienestar y la dignidad en la diversidad, a través del desarrollo sostenido de su voluntariado.

Visión

Al 2019, la Cruz Roja Ecuatoriana forma parte de las comunidades, alcanzando con ellas, su bienestar y desarrollo sostenible.

Reseña histórica

En la Asamblea del 12 de julio de 1941 nace la Cruz Roja Ecuatoriana Junta Provincial de Imbabura. Su primer presidente fue el Doctor Alfonso Gómez Jurado. La Junta Provincial de la Cruz Roja de Imbabura fue reconocida por la Junta Nacional de Quito.

Durante la guerra, las nacientes instituciones recolectaron donativos y enseres que fueron enviados a los campamentos militares por intermedio de la Cruz Roja Nacional. Después, cuando terminó la guerra la Cruz Roja Otavalo continuó autofinanciándose con dos sures mensuales, brindó asistencia a los niños oreños desplazados en la colonia Otavalo de Conocoto y Santa Rosa.

En la ciudad de Ibarra en 1977 se crea el Departamento de Socorros y Desastres, cuya principal tarea es ser el brazo operativo de la Institución en tareas de salvamento, búsqueda, rescate y capacitación en primeros auxilios. Actualmente, la Cruz Roja cuenta con alrededor de 200 voluntarios en Ibarra, Otavalo y Pimampiro.

La Cruz Roja Ecuatoriana tiene por finalidad servir a la comunidad, de acuerdo al Derecho Internacional Humanitario y a los siguientes Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

- Humanidad.- El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación a todos los heridos en campos de batalla, se esfuerza bajo su aspecto internacional y nacional en prevenir o aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias, tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana, favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.

- Imparcialidad.- No hace ninguna distinción de nacionalidad, etnia, religión, condición social ni credo político, se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

- Neutralidad.- Con el fin de conservar la confianza de todos, el Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico.

- Independencia.- El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja es independiente, auxiliar de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometido a las leyes que rigen los países respectivos; las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía e independencia que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media luna Roja.

- Carácter Voluntario.- Es un movimiento de socorro voluntario de carácter desinteresado.

- **Unidad.**- En cada país solo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

- **Universalidad.**- El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tiene los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

En tal virtud la Cruz Roja Ecuatoriana Junta Cantonal de Otavalo, es una organización no gubernamental de carácter mundial, con la misión de mejorar la condición de vida de los sectores vulnerables, salvar vidas, cambiar mentalidades, mediante trabajos que generan auto sustentabilidad, llegar a todas las personas de diferentes etnias, nacionalidades y culturas; para lograrlo contamos con el trabajo de hombres y mujeres voluntarios, profesionales, técnicos y alianzas estratégicas con instituciones y personas humanitarias que hacen posible nuestra labor.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Definición de envejecimiento y adulto mayor

La palabra envejecimiento o senectud, proviene del latín senescere que significa alcanzar la vejez .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.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (10).

2.3.2. Factores que influyen en el envejecimiento

Factores Internos: los factores de envejecimiento internos están íntimamente relacionados con nuestro reloj biológico y no podemos controlarlos de ninguna forma; los cambios o signos de envejecimiento son naturales y están genéticamente programados en nuestras células.

Factores Externos: los factores de envejecimiento externos están relacionados con el ambiente donde vivimos y nuestro estilo de vida.

Factores de Envejecimiento Incontrolables: entre estos encontramos la intensidad del sol, el paso de los rayos ultravioleta y los radicales libres presentes en el ambiente. El impacto y la concentración de los radicales libres cada vez es mayor debido a la polución y la contaminación. Aunque no podemos controlarlos, sí podemos tomar medidas de precaución para evitar que no afecten a la piel. Para disminuir sus efectos en el envejecimiento de la piel, es necesario protegerla de la humedad, las temperaturas extremas, el viento, la polución y el sol.

Factores de Envejecimiento Controlables: entre estos encontramos factores como el sueño, alimentación, niveles de estrés, expresiones faciales y ejercicio físico. Por lo tanto, debemos mejorar nuestro estilo de vida para eliminar el impacto de la falta de sueño, el bajo consumo de agua, la mala nutrición, la falta de actividad física, el estrés y el consumo de sustancias tóxicas (11).

2.3.3. Cambios producidos por el proceso del envejecimiento

La vejez es una etapa de cambios y alteraciones que sufre el adulto mayor en el envejecimiento en los diferentes aparatos y sistemas de los cuales podemos mencionar los siguientes:

Piel: arrugas, las mejillas se hundén, se acentúan los pliegues, canas, aparición de pecas, calvicie, pérdida gradual en folículos pilosos, en la mujer hay hipertriosis, disminuye la sudoración, menor adaptabilidad, uñas frágiles e hiperqueratosis.

Ojos: tienden a hundirse por falta de grasa, prestigio y disminuye el tacto de la pupila.

Oído: tímpano se engrosa, pérdida de la capacidad auditiva.

Boca: disminución de glándulas salivales, disminuye el gusto, el reflejo nauseoso disminuye, encías se adelgazan, dientes tienden a separarse y pérdida progresiva de dientes.

Nariz: aumento de tamaño, disminuye capacidad olfatoria, los bellos aumentan de grosor, composición corporal, reducción de masa muscular total, aumenta la grasa corporal, facilidad para la deshidratación.

Sistema musculo esquelético: se produce cambios en los músculos, huesos, articulaciones que repercuten, en la forma, movilidad y actividades de la vida diaria, pérdida de masa ósea, los huesos frágiles, se deforma la estatura, endurecimiento y rigidez de los tendones, disminución de la fuerza, tono y velocidad de contracción y disminución de la capacidad de reacción

Aparato respiratorio: disminución de la fuerza muscular, mayor predisposición a la fatiga cuando se incrementa el trabajo respiratorio, disminución de riego sanguíneo muscular, disminución en las presiones inspiratorias y expiratorias máximas

Aparato digestivo: Las personas mayores presentan cambios debidos al paso del tiempo en todos los tejidos y órganos del aparato digestivo, de la boca hasta el intestino grueso, cambios que tienen múltiples implicaciones en su funcionalidad y salud. Entendemos como aparato digestivo el conjunto de todos los órganos y sistemas que están implicados en la nutrición. Va desde la boca hasta el ano, pasando por el esófago, el estómago, los intestinos delgado y grueso, el hígado y el páncreas en sus funciones de secreción de sustancias necesarias para la digestión (12).

2.3.4. Ciencias relacionadas con la vejez

Geriatría: La Geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de estudiar la vejez y todos los trastornos que la misma conlleva, es decir, esta especialidad médica ahondará en los aspectos preventivos, en los curativos y en la rehabilitación de aquellas enfermedades que aquejan a los ancianos o adultos mayores.

Gerontología: es una disciplina científica que estudia el envejecimiento, la vejez y al adulto mayor bajo la perspectiva biológica, psicológica y social. Entre sus objetivos más importantes destacan: a) la promoción y fomento de un estilo saludable de vida para un envejecimiento activo; b) prevención de daños a la salud; c) estudio de procesos intergeneracionales y familia; d) implementación de estrategias de intervención; e) garantizar la calidad y accesibilidad a los servicios de salud gerontológicos; f) implementación de estrategias de cambio en seguridad social y políticas públicas.

Gerontología Social: La gerontología social es una disciplina que se centra en la salud de las personas mayores no solamente desde una perspectiva médica sino también

desde una concepción social del individuo; esta especialidad se ocupa del envejecimiento de las personas de forma globalizada; la gerontología social intenta abordar una realidad que afecta a la mayoría de países: el envejecimiento de la población y sus consecuencias para el individuo y para el conjunto de la sociedad (13).

Dorothea Orem: Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAC) en la población adulta y anciana, constituida por tres teorías: Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit del Autocuidado (TDAC) y Teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE).

El Autocuidado: es el conjunto de acciones intencionales que realiza la persona para controlar factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Las personas deben alcanzar algunos objetivos cuando se ocupan de su AC, los cuales se denominan como Requisitos de Autocuidado (RAC), y son de tres tipos: requisitos universales, requisitos de desarrollo y requisitos ante el desvío de la salud. Los primeros permiten el mantenimiento de la estructura y el funcionamiento humano, comunes a todos los individuos. Los segundos se refieren a las condiciones de maduración y a los nuevos eventos en el ciclo vital. Ejemplos de ellos pueden ser la adaptación a un nuevo trabajo, a la muerte de un ser significativo, a los cambios físicos. Los últimos son los que se presentan cuando hay enfermedad o lesión, y deben mantenerse bajo tratamiento (14).

Teoría de déficit de autocuidado: esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado; la existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería; las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Teoría de los sistemas de Enfermería: parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse. Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado.

Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto. Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Estos sistemas de cuidado, se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas, el uso de la clasificación taxonómica de NIC y NOC (15).

2.3.5. Longevidad

Bize y Vallier afirman que la longevidad puede ser catalogada en cuatro tipos:

Longevidad potencial: Se refiere a la duración máxima de la vida de una especie, se trata de una edad máxima que apenas puede superarse.

Longevidad media: Número medio de años vividos por todos los individuos nacidos en cierto periodo y región; varía según el grupo considerado e influyen los factores biológicos y las condiciones de vida. Constituye la esperanza de vida al nacer.

Longevidad efectiva: Hace referencia a la edad que cada persona puede alcanzar en función de su biología y de los factores del medio.

Longevidad diferencial: Influyen las variaciones de un grupo respecto a otro en materia de duración de la vida y de las variaciones interindividuales dentro de un mismo grupo. Es importante citar que la mujer tiene factores hormonales y bioquímicos que le permiten vivir más tiempo.

2.3.6. Salud y enfermedad

La Organización Mundial de la Salud, definió la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de trastorno o enfermedad”. Así pues, cuando las distintas funciones corporales se conjugan de un modo determinado, se produce un modelo armonioso que es la salud. Cuando una función se perturba, se destruye la armonía del cuerpo y se genera la enfermedad, declaran que el estado de salud afecta directamente al humor y la satisfacción de la vida, por ende, la salud es una clave para una vida larga y satisfactoria, es un punto de referencia para describir el bienestar y tiene una fuerte relación con la longevidad

La enfermedad se define como “alteración más o menos grave de la salud del cuerpo animal o vegetal”. Pero también la enfermedad se concibe como una pérdida de armonía en el cuerpo, un trastorno en el orden en donde antes existía un equilibrio. Por otro lado Hatzacorsian y Blanco (2001) mencionan que: “un cuerpo enfermo es el puente que une y enfrenta nuestras esperanzas de vida con los temores que concita la muerte” (16).

2.3.7. Enfermedades propias de la vejez

Según la OMS los principales problemas de salud que se encuentran en los ancianos suelen ir asociados a enfermedades crónicas y no transmisibles. Las enfermedades crónicas más comunes entre individuos de edad avanzada suelen ser las de carácter neurodegenerativo (como Parkinson, Alzheimer o esclerosis múltiple), circulatorio (como la hipertensión), respiratorio (como asma o hipertensión pulmonar), osteoarticular (como lumbalgia u osteoporosis) y otras de carácter genitourinario (como incontinencia urinaria o impotencia).

Artritis: se trata de la presencia de inflamación en las articulaciones, y se presenta de diversas formas, aunque la mayoría son inflamatorias. Ocasionalmente, también puede aparecer hinchazón articular en las enfermedades degenerativas, como la artrosis.

Artrosis: a contar de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación; no obstante, es una enfermedad que afecta más a las mujeres que a los hombres, y los factores que predisponen a sufrirla pueden ser la edad, la obesidad, y la falta de ejercicio. Así, la artrosis consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se refleja en dificultades motoras y dolor articular con los movimientos; el tratamiento de esta dolencia consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de rehabilitación.

Arterioesclerosis de las extremidades: sucede cuando el adulto mayor afectado comienza a notar dolores en las piernas, hormigueos, úlceras e incluso gangrena en los pies; se trata de un síndrome que deposita e infiltra sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso tamaño. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

Alzheimer: debido al envejecimiento del cerebro, se produce una pérdida progresiva de la memoria y de habilidades mentales en general, a medida que las células nerviosas mueren, diferentes zonas del cerebro se van atrofiando. Por esta razón, esta enfermedad se clasifica como neurodegenerativa del sistema nervioso central, llevando incluso a la demencia a las personas mayores de 60 años; lamentablemente,

el Alzheimer es incurable, y aún se busca una solución que sea posible en el corto plazo.

Párkinson: esta dolencia neurodegenerativa se produce por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral, por lo general, el párkinson se clasifica como un trastorno del movimiento, pero hay que considerar que también desencadena alteraciones en la función cognitiva, en la expresión de las emociones y en la función autónoma, el principal factor de riesgo de esta enfermedad es la edad, razón por la que se presenta con frecuencia entre los ancianos.

Resfríos y gripe: a pesar de que son molestias comunes, que duran entre 3 y 7 días, en el caso de las personas mayores pueden complicarse y requerir hospitalización, por problemas respiratorios, de esta forma, es sumamente importante prevenir el frío, y vacunar cada año contra la gripe al adulto mayor.

Sordera: muchas veces, se considera lógica y normal la pérdida de audición, por el desgaste natural del oído que envejece. Sin embargo, existen soluciones eficaces como los audífonos, que pueden optimizar en gran parte la calidad de vida del anciano.

Presión arterial alta: la hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardíaca, derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal. Por esta razón, se debe controlar periódicamente la presión arterial de la tercera edad, y convencerlos de adaptar hábitos de vida saludables que reduzcan los riesgos de problemas asociados.

Hipertrofia de próstata: es una enfermedad muy común entre los hombres mayores de 60 años, en este caso la próstata crece de manera excesiva y, como consecuencia, se presenta una mayor frecuencia para orinar, irritación y obstrucción. Todo esto puede complicarse y derivar en infecciones urinarias y cálculos renales. Esta hipertrofia se diagnostica mediante biopsia prostática y tacto renal, lo que también puede detectar síntomas de cáncer; como tratamiento, los pacientes deben disminuir la ingesta de

líquidos antes de acostarse, moderar el consumo de alcohol y cafeína, y si el problema está muy avanzado, se debe realizar prostatectomía.

Desnutrición: debido a que, en algunos casos, los adultos mayores suelen perder el gusto por comer, pueden disminuir drásticamente la ingesta de proteínas y vitaminas necesarias para mantener una vejez saludable. Así, esta carencia deriva en complicaciones serias, como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (b12, c, tiamina, etc.), desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica, entre otras.

Problemas visuales: los problemas de visión más comunes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma y tensión ocular, cada cual con su tratamiento correspondiente.

Demencia senil: los primeros síntomas suelen ser dificultades de comprensión, problemas con las habilidades motoras, cambios de personalidad y conducta, e incluso llegando a rasgos depresivos o psicóticos; de esta forma, se pierden progresivamente las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas.

Osteoporosis: en esta dolencia disminuye la cantidad de minerales en el hueso, ya que se pierde la capacidad de absorción, por ejemplo, del calcio. Así, los adultos mayores se vuelven quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición, razón por la que se recomienda un aporte extra de calcio y hacer ejercicio antes de la menopausia, para prevenir.

Accidente cerebro vascular (ictus): es una enfermedad cerebrovascular que ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que el órgano se deteriore y no funcione. Por esto, los adultos mayores pueden quedar paralizados total o parcialmente, perder facultades motoras y del habla, o incluso fallecer transcurridos unos minutos.

Uno de los principales factores que multiplica el riesgo de padecer esta afección es la edad. Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un ictus, por lo que hay que estar atentos a los síntomas:

- Pérdida brusca de fuerza en la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo.
- Pérdida súbita de visión, parcial o total, en uno o ambos ojos.
- Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas.
- Alteración repentina del habla, dificultad para expresarse, lenguaje que cuesta articular.
- Cefalea repentino, intenso y sin causa aparente.

Infarto: se considera la principal causa de muerte en la tercera edad. Hay que tener en cuenta que los factores de riesgo son múltiples, y dentro de ellos se encuentra el colesterol alto, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes y la baja o nula actividad física. En algunos adultos mayores, esta enfermedad también se puede presentar de forma atípica con disnea, que es la sensación de falta de aire, cansancio o fatiga, mareos y síncope.

Diabetes: la diabetes es una enfermedad grave, cuando los niveles de glucosa en la sangre están muy altos, la diabetes puede causar problemas de salud graves, como por ejemplo un ataque al corazón o un derrame cerebral; reducir el peso mediante la actividad física y mantener una dieta sana pueden prevenir o retrasar la aparición de diabetes en los adultos mayores.

Insuficiencia renal: se produce por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones en los adultos mayores, se trata de una alteración frecuente en los ancianos y su alta incidencia responde a varios factores como el proceso de envejecimiento renal, la polifarmacia, menor metabolización de los fármacos, la comorbilidad: desarrollo de dos o más enfermedades y una alta frecuencia de cirugías (17).

Estado de ánimo en el adulto mayor: la motivación en el adulto mayor debe ser tanto intrínseca como extrínseca y debe existir un equilibrio entre ellas, ya que si hay un adulto motivado pero no tiene un apoyo externo, perderá el interés por realizar las actividades cotidianas las cuales las llevó a cabo durante toda su vida, así como actividades nunca antes realizadas las cuales aporten experiencias nuevas y disfrute. Lo mismo sucederá si el medio externo es el que motiva al adulto pero este no tiene la predisposición necesaria para poder hacer algo; más allá de que externamente se lo pueda motivar y éste reaccione positivamente al estímulo.

Depresión en el adulto mayor: la depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los Adultos Mayores uno de los grupos más vulnerables. Se debe a la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades, otras son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La merma económica puede ser factor predisponente para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.

Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor: aspectos psicológicos como pérdida de la autoestima, pérdida del significado o sentido de la vida, pérdida de la facilidad de adaptación, la aflicción o tristeza por una pérdida, insomnio, estrés, pérdida de la memoria y transformaciones en la sexualidad. En cuanto a aspectos psiquiátricos se destaca la demencia presenil o senil como el alzhéimer y la depresión que en esta edad puede ser mortal, son las principales enfermedades de esta época (18).

Necesidades emocionales de las personas mayores: los cambios que se pueden presentar a nivel emocional en el sentido del placer y dificultad en el proceso de la

información emocional. Un adulto mayor puede sentirse temeroso y nervioso, especialmente si vive solo o tiene problemas de movilidad; la conexión ayuda al adulto mayor a mantener contacto con sus amigos y familia es necesario mantener lazos con la comunidad ya que puede ayudar a que el adulto mayor se sienta conectado con el mundo más allá de su familia y el ocio es importante para escuchar al adulto mayor ayúdalo a que tome responsabilidad de sí mismo discutiendo sus necesidades y diseñando intervenciones de acuerdo a sus preferencias, la planeación anticipa las futuras necesidades del adulto mayor, sus circunstancias cambiarán con el tiempo y nuevas dificultades aparecerán con respecto a sus habilidades físicas, emocionales y sensoriales.

Temor a la vejez o a sentirse rechazado: el miedo a envejecer nace de los mitos sobre la vejez y de una serie de actitudes equivocadas, tanto de la gente mayor como de la sociedad en la que vive; la vejez es un proceso natural relacionada directamente con la pérdida de facultades físicas, mentales y con el fin de la vida, el temor a la vejez es asunto de estos tiempos y que el síndrome afecta sobre todo a las mujeres, pero no la búsqueda de la eterna juventud viene desde siempre (19).

Repercusiones del abandono en el adulto mayor: llegar a la tercera edad puede ser sinónimo de soledad de acuerdo con la organización mundial de la soledad (OMS), 36 millones de adultos mayores en el planeta sufren de maltratos o abandonos; el abandono social hacia el envejecimiento suele definirse como: la falta de atención y cuidado por parte el aspectos ecológicos y emocional.

El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar. Historias que describen la realidad de miles de adultos mayores; los familiares abandonan a los adultos mayores enfermos bajo frases contundentes: “No lo puedo cuidar, no tengo con qué, no lo quiero, que el Estado haga con él lo que quiera, o, tírenlo a la calle“ (20).

Discapacidad: la discapacidad encierra deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación social; además de la edad, también repercuten negativamente en la funcionalidad y autonomía del adulto mayor las enfermedades crónicas, caídas, vivir solo y falta de ocupación, el rechazo social y el abandono familiar entre otros. La incapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema, la invalidez es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que le rodea (21).

2.3.8. El adulto mayor en la sociedad ecuatoriana

El mismo Gobierno ecuatoriano advirtió hace poco que en los próximos 11 años la población de adultos mayores en el país se duplicará, al pasar de las 940 mil personas mayores de 65 años que hay en la actualidad a 1,8 millones en 2025. A nivel nacional, según datos del Instituto de Estadística y Censos del Ecuador (INEC), el 42% de los adultos mayores no trabaja. Las principales causas para dejar de pertenecer al grupo económicamente activo están relacionadas con problemas de salud, jubilación y porque su familia no desea que trabajen.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época, lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónicas degenerativas al igual que las incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporando a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofreciendo posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable (22).

2.3.9. La enfermera en el cuidado del adulto mayor

Enfermería Geriátrica trata del conocimiento de los cambios que se producen en el individuo con la edad, desde aspectos no solo bio-fisiológicos y funcionales sino también socio-económicos que tienen en este grupo de población una significación de suma importancia y trascendencia, trata igualmente de los cuidados que deben dispensarse a los ancianos sanos y enfermos.

La Enfermería Geriátrica y Gerontológica ofrece una visión de la panorámica actual en relación a los mayores adultos desde la individualidad del ser anciano y desde los fenómenos de envejecimiento poblacional; las enfermeras que optan por desarrollar su actividad de cuidados con la población anciana tienen la responsabilidad de adquirir una formación continuada y adaptada a los últimos avances técnicos, tanto en la asistencia clínica como en el trato y manejo del mayor (23).

2.3.10. Protocolo de la atención del adulto mayor

Se presenta un mismo bloque, ambos ítems de la historia clínica para exponer la valoración del adulto mayor en todas sus dimensiones física, nutricional, mental, funcional y socio familiar, abordando en cada una los aspectos subjetivos y objetivos.

Objetivos de la valoración:

- Conocer la situación actual de la persona mayor y documentar los cambios en el transcurso del tiempo
- Identificar a la población de mayor riesgo
- Mejorar la sensibilidad diagnóstica para identificar problemas no referidos
- Conocer los factores de riesgos sociales y sanitarios para la planificación de la atención
- Establecer objetivos y plan de cuidados individualizados

- Prevenir la discapacidad y promover la autonomía

Valoración física

Valoración antropométrica: Proceda a la toma del peso y la medición de la talla, para obtener el IMC (P/T^2). En el adulto mayor el punto de corte según el IMC es diferente del adulto joven, ya que al aumentar la masa grasa y disminuir la magra, precisa una cantidad mayor de reserva a fin de prevenir la desnutrición, por lo tanto.

IMC (kg/m^2)	CLASIFICACION
MENOS DE 22	BAJO PESO
22 A 27	EUTRÓFICO
MAS DE 27	SOBREPESO

Imagen 3. Normas y protocolo de atención integral de los/as adultos mayores

En el caso de que no pueda tomar la talla real del paciente por alteración de la anatomía de la columna, amputaciones o inmovilidad que impida que se ponga de pie, utilice la fórmula talón-rodilla para estimar la talla:

Altura hombres: $64,19 - (0,04 \times \text{edad}) + (2,02 \times \text{altura de rodilla})$

Altura mujeres: $84,88 - (0,24 \times \text{edad}) + (1,83 \times \text{altura rodilla})$

Valoración de enfermedades prevalentes: En los adultos mayores son particularmente prevalentes las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Por tanto, deben buscarse sistemáticamente para ser descartadas. Se anexa un esquema sencillo para la búsqueda de afecciones o discapacidades (25).

Valoración nutricional

a) En la valoración global del adulto mayor es importante valorar no sólo los datos de peso y talla, sino además investigar sobre: alteraciones de la cavidad oral: dientes faltantes, flojos o deteriorados y dentaduras que no se ajustan bien y/o causan lesiones en la boca, o producen dificultad para comer.

Enfermedad: cualquier enfermedad o condición crónica que cambie la manera en que la persona se alimenta o hace que se alimente con dificultad, pone la salud nutricional del adulto mayor en riesgo. Ejemplos: si se sufre de trastornos de memoria o confusión, es difícil recordar lo que se comió, cuándo, o si no se ha comido; la depresión puede causar grandes cambios en el apetito, digestión, nivel de energía, peso y bienestar.

Alimentación inadecuada: el comer muy poco o comer mucho es peligroso para la salud, comer los mismos alimentos, día tras día, o no comer frutas, vegetales o productos lácteos también es causa de mala salud nutricional (25).

Situación económica: la persona que no tiene los ingresos mínimos necesarios para la compra de alimentos básicos posiblemente esté en alto riesgo de desnutrición. Reducción de contacto social: la persona que vive sola no tiene el incentivo familiar o social para invertir esfuerzo en una buena alimentación. Excesivo consumo de medicamentos: mientras mayor sea la cantidad de medicamentos que tome el paciente, mayor es el riesgo de presentar efectos secundarios como: cambios en el apetito, gusto, estreñimiento, debilidad, somnolencia, diarrea, náuseas y otros (25). Los siguientes fármacos pueden tener efectos sobre la nutrición.

Grupo de medicamentos	Medicamento tipo	Efecto sobre la nutrición
Medicación cardiológica	Digoxina	Anorexia
Hipotensores	Diuréticos	Deshidratación, anorexia
Polivitamínicos	Vitamina K	Interacción con anticoagulantes
Analgésicos	AINES	Anorexia
Hipnóticos y sedantes	Diazepam	Disminución de la ingesta
Laxantes	Aceite mineral	Mala absorción de vitaminas liposolubles
Antiácidos	Ranitidina	Hipoclorhidria

Imagen 4. Normas y protocolo de atención integral de los/as adultos mayores

Necesidad de asistencia personal edad mayor de 80 años: al aumentar la edad, los riesgos de fragilidad y problemas de salud son mayores.

b) Se recomienda hacer un examen del estado nutricional, a todos los adultos mayores, enfermos o saludables; el instrumento mini-tamizaje de nutrición en la comunidad puede ser utilizado por los agentes comunitarios, y en las visitas domiciliarias, como una herramienta de detección y de educación pública sobre los factores de riesgo asociados a la malnutrición.

Valoración mental

El adulto mayor con un posible trastorno de la memoria debe ser sometido a un estudio clínico, con una evaluación neurológica que incluya el examen de las funciones cognitivas, así como a una valoración neuropsicológica; es especialmente probable que el funcionamiento cognitivo de las personas mayores decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión; se indica la aplicación rutinaria del Mini Examen del Estado Mental (MMSE), de Folstein modificado Chile/OPS-OMS, 1999 en los siguientes casos:

- Personas mayores de 75 años.
- Personas con quejas subjetivas de pérdida de memoria.

- Personas con pérdida de actividades instrumentales, sin causa diagnosticada.
- Personas con antecedentes de delirio previo, sobre todo en ingresos hospitalarios.

La realización del MMSE está sometida a una serie de variables tanto externas como internas, que pueden influir en su resultado final; la primera variable que influye en su rendimiento es el nivel de educación del individuo; el punto de corte de 13 puntos es válido para el nivel de educación medio de la población adulta mayor en Chile en la que se validó. En la versión validada en Chile se hicieron modificaciones para disminuir el sesgo en contra de las personas analfabetas o con poco alfabetismo. Sin embargo, para mayor valor predictivo positivo se recomienda que en los casos indicados, puntuación total igual o menor que 13 puntos, se administre en combinación con la Escala de Pfeffer. La segunda variable que influye en su rendimiento es el déficit sensorial (dificultad para oír y ver). En estos casos se debe administrar sólo por personas que estén entrenadas en comunicación con personas sordas o ciegas. Otra posibilidad en personas analfabetas es aplicar el Test de Isaacs.

Valoración funcional

La evaluación del estado funcional es necesaria en virtud de que no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor y que el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la eventual hospitalización. La funcionalidad se define por medio de tres componentes:

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	3. Marcha y equilibrio
Bañarse	Uso de transporte	
Vestirse	Ir de compras	
Usar el inodoro	Uso del teléfono	
Movilizarse (entrar y salir de la cama)	Control de fármacos	
Continencia	Capacidad para realizar las tareas domésticas	
Alimentarse		

Imagen 5. Normas y protocolo de atención integral de los/as adultos mayores

Para estimar la capacidad funcional:

- Pregunte por las actividades realizadas en el mismo día de la visita.
- Si hay deterioro cognoscitivo corrobore la información con el acompañante.
- Al observar cómo el paciente ingresa a la sala, se sienta y se levanta de la silla obtenemos información adicional.

Si identifica deterioro funcional:

- Precisar la causa del mismo (evaluación física, mental)
- Precisar su tiempo de evolución (determina la potencial reversibilidad)

Valoración socio familiar

En las personas adultas mayores debemos tener en cuenta las dimensiones física, nutricional, funcional, mental y social.

Apreciación diagnóstica

Clasificación de Riesgo del Adulto Mayor (OMS) Persona Mayor de No Riesgo (PMNR). Es toda aquella persona mayor de 60 años que presenta menos de 2 criterios de riesgo definidos, salvo si padece demencia o enfermedad terminal o necesidad de atención domiciliaria, que por sí solos clasifican como persona mayor de riesgo. Persona Mayor de Riesgo (PMR) Cuando presenta 2 o más de los criterios o padece demencia o enfermedad terminal o necesidad de atención domiciliaria.

Plan: Si hay diagnóstico o sospecha de enfermedad proceder según protocolo correspondiente y planificar la atención de acuerdo al mismo. De acuerdo a la evaluación de riesgo obtenida planifique la atención del adulto mayor:

Cuadro para búsqueda de afecciones más frecuentes en el adulto mayor (24).

PROBLEMA	ACCION	RESULTADO POSITIVO
Visión	Dos acciones: 1. Pregunte ¿Tiene usted dificultad para ver televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellien con el uso de corrección óptima	Respuesta afirmativa o incapacidad para leer más de 20/40 en carta de Snellien
Audición	Susurre al oído ¿Me escucha usted? de ambos lados	No responde
Movilidad de piernas	Tome el tiempo que tarda en ejecutar las siguientes órdenes: levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos
Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte "¿En el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte ¿Ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas
Nutrición Pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte ¿Ha perdido usted involuntariamente 4,5 kg o más en los últimos 6 meses? 2. Pese al paciente	Respuesta afirmativa o peso menos de 45,5 kg
Memoria	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados	Incapaz de recordar los tres objetos
Depresión	Pregunte: ¿Se siente usted triste o deprimido/a?	Respuesta afirmativa
Incapacidad física	Seis preguntas: ¿Es usted capaz de: 1. Ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. Realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. Salir de compras? 4. Ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. Bañarse solo/a en tina, ducha o regadera? 6. Vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas

Imagen 6. Normas y protocolo de atención integral de los/as adultos mayores

2.3.11. Escala de Likert

Empecemos con el nombre de la escala, el cual tiene su origen debido al psicólogo Rensis Likert. Likert distinguió entre una escala apropiada, la cual emerge de las respuestas colectivas a un grupo de ítems (pueden ser 8 o más), y el formato en el cual las respuestas son puntuadas en un rango de valores. Técnicamente, una escala de likert hace referencia al último; la diferencia de estos dos conceptos tiene que ver con la distinción que Likert hizo entre el fenómeno que está siendo investigado y las variables de los medios de captura.

La escala de Likert es uno de los tipos de escalas de medición; es una escala psicométrica utilizada principalmente en la investigación de mercados para la comprensión de las opiniones y actitudes de un consumidor hacia una marca, producto o mercado meta, sirve principalmente para realizar mediciones y conocer sobre el grado de conformidad de una persona o encuestado hacia determinada oración afirmativa o negativa.

La escala de Likert es una herramienta de medición que, a diferencia de preguntas dicotómicas con respuesta sí/no, nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos; resulta especialmente útil emplearla en situaciones en las que queremos que la persona matice su opinión, en este sentido, las categorías de respuesta nos servirán para capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia dicha afirmación.

Usos de los Ítems de Likert

Podemos utilizar el ítem Likert para medir diferentes actitudes de un encuestado; por ejemplo, podemos emplearlo para descubrir:

- El nivel de acuerdo con una afirmación.
- La frecuencia con la que se realiza cierta actividad.
- El nivel de importancia que se atribuye a un determinado factor.
- La valoración de un servicio, producto, o empresa.
- La probabilidad de realizar una acción futura.

Ejemplos de escalas de Likert

Acuerdo	Frecuencia
<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo • De acuerdo • Indeciso • En desacuerdo • Totalmente en desacuerdo 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy frecuentemente • Frecuentemente • Ocasionalmente • Raramente • Nunca
Importancia	Probabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Muy importante • Importante • Moderadamente importante • De poca importancia • Sin importancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre verdad • Usualmente verdad • Ocasionalmente verdad • Usualmente no verdad • Casi nunca verdad

Imagen 7. Tipos de escalas de medición de Likert

Ventajas

- Es una escala de fácil aplicación y diseño.
- Puede utilizar ítems que no tienen relación con la expresión.
- Ofrece una graduación de la opinión de las personas encuestadas.
- Muy sencilla de contestar.

Desventajas

- Existen estudios científicos que indican que existe un sesgo en la escala, ya que las respuestas positivas siempre superan a las negativas.

- También hay estudios que indican que los encuestados tienden a contestar “de acuerdo” ya que implica un menor esfuerzo mental a la hora de contestar la encuesta.
- Dificultad para establecer con precisión la cantidad de respuestas positivas y negativas.
- Si te ha quedado claro todo, es momento de crear tu primera encuesta online utilizando la escala de Likert.

Criterios fundamentales para configurar los ítems de una escala de Likert

Los ítems se deben relacionar fácilmente con las respuestas de la oración, sin importar que la relación entre ítem y oración sea evidente, los ítems deben de tener siempre dos posturas extremas así como un ítem intermedio que sirva de graduación entre los extremos; es importante mencionar que a pesar de que la escala de Likert más común es la de 5 ítems, el uso de más ítems ayuda a generar mayor precisión en los resultados, los ítems de la escala deben ser siempre seguros y fiables, para lograr la fiabilidad en ocasiones es necesario sacrificar la precisión de la escala.

Diferencias entre escala de Likert e ítem Likert.

Escala de Likert y análisis de datos

Las encuestas se utilizan constantemente para medir la calidad. Por ejemplo, las encuestas pueden utilizarse para medir la percepción del cliente sobre la calidad del producto o el desempeño de la calidad en la prestación de servicios, las escalas Likert son un formato de clasificación común para las encuestas. Los encuestados clasifican la calidad de alto a bajo o mejor a peor utilizando cinco o siete niveles, los estadísticos generalmente han agrupado los datos recogidos de estas encuestas en una jerarquía de cuatro niveles de medición:

- Datos nominales: el nivel de medición más débil que representa categorías sin representación numérica.

- Datos ordinales: datos en los que es posible ordenar o clasificar las respuestas, pero no es posible medir la distancia.
- Datos de intervalo: en general, datos enteros en los que se pueden realizar mediciones de pedidos y distancias.
- Datos de relación: datos en los que es posible el ordenamiento significativo, distancia, decimales y fracciones entre variables.

Los análisis de datos que utilizan datos nominales, de intervalo y de relación son generalmente sencillos y transparentes; los análisis de datos ordinales, particularmente en lo que se refiere a Likert u otras escalas en las encuestas, no lo son. Esto no es un problema nuevo, la suficiencia de tratar datos ordinales como datos de intervalos continúa siendo controvertida en los análisis de encuestas en una variedad de campos aplicados.

Una razón subyacente para analizar los datos ordinales como datos de intervalos podría ser la afirmación de que las pruebas estadísticas paramétricas (basadas en el teorema del límite central) son más poderosas que las alternativas no paramétricas. Además, las conclusiones e interpretaciones de las pruebas paramétricas podrían considerarse más fáciles de interpretar y proporcionar más información que las alternativas no paramétricas.

Sin embargo, el tratamiento de los datos ordinales como datos de intervalo sin examinar los valores del conjunto de datos y los objetivos del análisis puede inducir a error y tergiversar los resultados de una encuesta; para examinar los análisis apropiados de datos escalares y cuando es preferible tratar datos ordinales como datos de intervalo, nos concentramos en las escalas de Likert.

Fundamentos de las escalas de Likert

Las escalas de Likert se desarrollaron en 1932 como la familiar respuesta bipolar de cinco puntos con la que la mayoría de la gente está familiarizada hoy en día. Estas escalas van desde un grupo de categorías-menos a la mayoría-pidiendo a la gente que

indique cuánto está de acuerdo o en desacuerdo, aprueba o desaprueba, o creer que es cierto o falso. Realmente no hay manera incorrecta de construir una escala de Likert; la consideración más importante es incluir al menos cinco categorías de respuesta.

Los extremos de la escala a menudo se aumentan para crear una escala de siete puntos añadiendo “muy” a la parte superior e inferior de las escalas de cinco puntos; se ha demostrado que la escala de siete puntos alcanza los límites superiores de la confiabilidad de la escala. Como regla general, Likert y otros recomiendan que sea mejor utilizar una escala lo más amplia posible, siempre puede colapsar las respuestas en categorías condensadas, si es apropiado, para el análisis.

Con esto en mente, las escalas a veces se truncan a un número par de categorías (normalmente cuatro) para eliminar la opción “neutral” en una escala de encuesta de “elección forzada”. El documento original de Rensis Likert identifica claramente que podría haber una variable continua subyacente cuyo valor caracteriza las opiniones o actitudes de los encuestados y esta variable subyacente es el nivel de intervalo, en el mejor de los casos (25).

2.4. Marco Legal

2.4.1. La Constitución de la República del Ecuador 2008.

La carta magna de la Nación, no da la espalda a los adultos mayores. Véase que en su en algunos acápite hace mención a la protección de este grupo vulnerable, entre los más importantes se mencionan (26).

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

1. Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.

2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

Art. 35.- *Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.*

Art 36.- *Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se*

considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad

Art. 38.- *El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.*

2.4.2. Plan del buen vivir 2013-2017

Menciona mejorar la calidad de vida y la atención del adulto mayor (27).

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población. La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

El plan del buen vivir es una guía importante que rescata los derechos del hombre y su bienestar. La misión del gobierno es amplia y transformadora, porque se destaca entre los derechos mejorar la calidad de vida de la población, y en ello se incluye la salud, educación, inclusión, justicia y vivir en un ambiente sano. “En otros tiempos no habíamos visto cambios buenos, ahora hay una mejor atención al adulto mayor, los discapacitados, las personas más olvidadas están siendo tomados en cuenta”.

2.5. Marco Ético

Desde el punto de vista ético, la labor que se realiza está orientada por el cumplimiento de las actividades en el cuidado de enfermería del Adulto Mayor (28).

2.5.1. La Ética profesional de la enfermería, declarada por Alvarado.

Se presta especial atención a que la enfermera debe realizar continuamente una reflexión ética de su accionar. Ello tributará a que se afiancen sus compromisos para el paciente que debe atender. Así no perderá de vista que su misión primordial está relacionada con defender la vida de cada persona, teniendo en cuenta la dignidad, la intimidad, la autonomía y la capacidad de autorregularse de esta, entre otros factores.

2.5.2. Ética en el Adulto Mayor

La ética en el adulto mayor se refiere a las normas que los profesionales de la salud están sujetos en su práctica diaria, el cual debe permitir el acceso a la atención sanitaria para todos, en condiciones óptimas, sin discriminación (29).

2.- La autonomía del paciente en la toma de decisiones el principio ético de la autonomía. La autonomía significa autodeterminación y autodirección sin coerción o control externo. En los adultos mayores, la autonomía puede disminuir enormemente en la medida en que avanza la edad y/o la fragilidad. Sin embargo, toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones sin coerción o control externo y este derecho no tiene fecha de vencimiento. La edad, por lo tanto, no es criterio para

restringir el auto determinación o la toma de decisiones en asuntos de salud.

Para poder considerar válida la decisión de un adulto mayor, desde una perspectiva de ética y de derechos, se requieren analizar los tres elementos siguientes:

La capacidad de la persona adulta mayor para:

- recibir la información que necesita para tomar una decisión*
- hacer un juicio, o sea sopesar una decisión*
- tomar su decisión sin coerción o control externo*

Ley del anciano

La Ley del Anciano expedida en el año 1991, tiene como objetivo primordial garantizar el derecho a un nivel de vida que aseguren la salud corporal, psicológica, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral para una existencia útil y decorosa. Actualmente tiene un proyecto que se encuentra en revisión por la Asamblea Constituyente, razón por la cual se la hace constar en el presente documento.

El consentimiento informado y el anciano

Con la promulgación de la Carta de Derechos y Deberes de los enfermos en el artículo 10 de la ley general de sanidad de 1986, el "Consentimiento informado" ha entrado definitivamente en las relaciones asistenciales en nuestro país. Con él la autonomía del paciente cobra protagonismo en

la relación clínica a la hora de decidir qué se debe hacer con su cuerpo enfermo.

El consentimiento informado se entiende como: un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación profesional-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del profesional una información suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a su asistencia social y sanitaria. Esta participación permite al sujeto aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas o cuidadoras, en función de los objetivos que él mismo establezca, sin menoscabo de los derechos de los demás.

Los elementos relevantes del Consentimiento Informado.

** Carácter de proceso: permanente estado de comunicación bidireccional, en el profesional ofrece información, pautas y recomendaciones sobre lo que considera más adecuado y el paciente comenta sus impresiones, expresiones y decisiones sobre lo que él entiende que es lo mejor para él.*

** Voluntariedad: el consentimiento sólo es válido si es libremente otorgado. Dos formas de quebrar la voluntariedad son la coacción (amenazas de daños, o coacción interna) y la manipulación (información sesgada)*

** Información en cantidad suficiente sobre la naturaleza y objetivos del procedimiento terapéutico o asistencial, riesgos y efectos secundarios posibles, alternativas posibles y beneficios esperados. Los riesgos a informar deben ser los muy frecuentes y los muy graves. El paciente*

anciano normalmente no suele preguntar por ello es bueno insistirle en que pregunte todo aquello que no entienda.

** Información comprensible para el usuario, en lenguaje asequible para el paciente anciano, teniendo en cuenta que en muchos casos va a sufrir deterioros sensoriales.*

** Capacidad: supone el lado operativo o funcional de la autonomía personal y supone ser apto para: comprender de manera aceptable la información que recibe, la situación vital en que se encuentra, los valores que están en juego, los cursos de acción posibles con sus beneficios y sus riesgos y la petición de tomar una decisión; procesar toda la información y tomar una decisión; expresar y defender la decisión tomada de acuerdo a su escala.*

2.5.3. MIES Norma Técnica del adulto mayor

Hace referencia a las normas y técnicas del protocolo del cuidado dirigidas al adulto mayor (30).

1.2 Política pública para población adulta mayor

El Ministerio de Inclusión Económica y Social fundamenta la política pública para la población adulta mayor en un enfoque de derechos que considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable; define tres ejes de política pública:

- *Inclusión y participación social, considerando a los adultos mayores como actores del cambio social;*
- *Protección social, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social;*
- *Atención y cuidado, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, de administración directa, o gestionados por convenios de cooperación.*

Estándar 10: Promoción y práctica del auto-cuidado; Las unidades de atención desarrollarán acciones con los adultos mayores promoviendo prácticas de cuidado, cuidado mutuo y cuidado a cuidadores, su familia y la comunidad.

Estándar 11: Orientaciones para la prevención del deterioro cognitivo y físico; Las unidades de atención deberán incluir en todas sus acciones diarias actividades que impidan el deterioro físico y cognitivo y fomenten la autonomía de las personas adultas mayores, para lo cual implementarán planes e instrumentos.

Estándar 33: Características físicas de los centros gerontológicos residenciales y diurnos; Los centros gerontológicos serán espacios con ambientes propicios para las actividades de atención, recreación, revitalización, integración y socialización de los adultos mayores, en un ambiente de seguridad, confianza, calidez, familiaridad, bienestar y libre de barreras arquitectónicas.

Deben contar al menos con las siguientes características:

- 1. Espacios amplios y seguros con cerramiento y vigilancia;*

2. Acceso vehicular para aprovisionamiento y emergencias;
3. Los centros gerontológicos residenciales y diurnos, en lo posible deben tener una sola planta y en caso de contar con más, deberán tener facilidades como rampas, gradas seguras, ascensores o montacargas;
4. Facilidades para la circulación con ayudas mecánicas y técnicas;
5. Los pisos deben ser de materiales antideslizantes, o contar con las protectores para prevenir caídas;
6. Puertas anchas de fácil manejo y que se abran hacia afuera;
7. Iluminación y ventilación natural, sin humedad;
8. Espacios para almacenamiento de alimentos fríos y secos;
9. Deben existir pasamanos en baños, inodoros, vestidores y espacios de traslado;
10. Las puertas deberán ser de un mínimo de 90 cm de ancho, para que puedan ser abiertas con una sola mano y el batiente de la puerta hacia afuera;
11. Los techos deben ser de material durable, resistente, impermeable y sin goteras;
12. Espacios verdes y patios que permitan el desarrollo de actividades de recreación.

Estándar 39: Mejoramiento de la calidad; Las unidades de atención planificarán y programarán de manera semanal, mensual y anual sus actividades. Documentarán y realizarán el seguimiento y evaluación de las acciones encaminadas al cumplimiento de los estándares de calidad definidos en la normativa técnica, e implementarán los planes de mejora continua de calidad correspondientes

Estándar 42: Obligación de los Centros; Las unidades de atención públicas y privadas que ejecuten o no servicios mediante convenios de cooperación, deberán asignar de manera obligatoria el equivalente al

5% de sus cupos de atención para acoger de manera gratuita a los adultos mayores que señale el MIES, previa coordinación y estudio socio económico. Para el efecto, es un requisito que los responsables de los centros reporten al MIES información respecto de sus plazas.

Estándar 31: Características de talento humano en los espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro (30).

El equipo de talento humano para estos servicios estará constituido por las siguientes personas:

- Una/un coordinadora/or responsable de realizar el registro y admisión de las personas adultas mayores, quien organizará la atención y administración del servicio de atención. En los servicios de atención directa del MIES el coordinador del centro gerontológico, será el encargado de estas funciones. Los GAD y las organizaciones de la sociedad civil, deberán designar el coordinador para que realice estas gestiones.

- Una/un facilitadora/or con experiencia en manejo y trabajo de grupos, por cada 15 adultos mayores por sesión, con un promedio de dos sesiones diarias. El facilitador desarrollará actividades de inclusión: culturales, lúdicas, manuales, físicas, informáticas, entre otras, de acuerdo a la realidad local y necesidades de la población usuaria.

- En el caso de servicios a través de convenios que tengan varios facilitadores, uno de los facilitadores puede asumir la coordinación.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

Investigación se realizó con diseño cuali-cuantitativo y no experimental

- **Cualitativo:** porque permite obtener información y cualidades de manera completa y detallada del grupo de estudio.
- **Cuantitativa:** porque predomina más en el conteo, clasificación de características y permite examinar los datos de manera numérica con modelos estadísticos para explicar la relación entre variables.
- **No experimental:** porque no existió manipulación de variables.

3.2. Tipo de la investigación

Se trató de una investigación de tipo observacional, descriptiva y transversal

- **Observacional:** atendiendo que no se realizó ningún tipo de experimento y que la investigadora recogió información del campo con periodicidad.
- **Descriptiva:** teniendo en cuenta que se realizó un estudio detallado del proceso objeto de estudio, haciendo énfasis en sus causas y consecuencias.
- **Transversal:** considerando que fue un estudio que se realizó en un determinado período de tiempo sin pretender evaluar la evolución en un futuro.

- **Deductivo:** porque va de lo general a lo particular, es decir, Consiste en una forma de razonamiento lógico, tiene el objeto de partir de aspectos generales de la investigación para llegar a situaciones particulares.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El estudio se desarrolló en la República del Ecuador; en específico en el Cantón Otavalo, provincia Imbabura. Fueron objeto de investigación los adultos mayores del hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto”. 2017

3.4. Población

3.4.1. Universo

Este se compuso por la totalidad adultos mayores del hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto”, ubicado en el Cantón Otavalo, provincia Imbabura.

3.4.2. Muestra

La encuesta se aplicó a 31 adultos mayores del Centro Gerontológico “Susana Mancheno Pinto”.

3.4.3. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el presente estudio a todos los adultos mayores que fueron atendidos en el hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto”; que expresaron su consentimiento a participar en la investigación.

3.4.4. Criterios de exclusión

No se incluyó en el presente estudio a aquellos adultos mayores que el ingeniero Eduardo Molina, manifestó que no son aptos para realizar la ejecución de las encuestas, así como aquellos que no se encontraron en la institución el día de la aplicación de los instrumentos de investigación.

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a los adultos mayores estudiados.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características socio-demográficas	Es el proceso que incluye aspectos del y de las políticas sociales, materiales y no materiales (31).	Años cumplidos	Edad	De 65 a 69 años De 70 a 79 años De 80 a 89 años Más de 90 años
		Características sexuales	Género	Masculino Femenino
		Autoidentificación	Etnia	Mestizo Indígena Afroecuatoriano Blanco
		Determinado por el registro civil	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
		Nivel de escolaridad aprobado	Instrucción	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior
		Lugar de residencia de donde proviene	Procedencia	Nominal abierta

Objetivo 2: Identificar los conocimientos y prácticas sobre autocuidado que tiene el grupo de estudio.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Auto-cuidado de los adultos mayores	Proceso de acciones objetivas y subjetivas que se llevan a cabo con el fin de preservar y mantener un adecuado estado de salud (9).	Conocimientos y prácticas sobre el auto cuidado	¿Usted necesita ayuda para su arreglo personal diario?	Siempre A veces Nunca
			¿Usted cuando se baña lo hace solo o necesita ayuda?	Siempre A veces Nunca
			¿Usted se cambia de ropa diariamente?	Siempre A veces Nunca
			¿Realiza usted aseo de su cavidad bucal diario y tres veces al día?	Siempre A veces Nunca
			¿Usted para servirse sus alimentos lo hace con ayuda?	Siempre A veces Nunca
			¿Considera que su alimentación es nutritiva y beneficiosa para su salud?	Nutritiva Regular Mala
			¿Usted puede controlar esfínteres?	Siempre A veces Nunca
			¿Usted para evacuar sus necesidades	Siempre A veces Nunca

			biológicas usa pañal?	
			¿El personal después de cada cambio de pañal le realiza un aseo perineal?	Siempre A veces Nunca
			¿El personal le informa acerca de que se trata su enfermedad?	Siempre A veces Nunca
			¿Usted toma su medicación en la hora establecida?	Siempre A veces Nunca

Objetivo 3: Determinar las condiciones actuales del bienestar físico- emocional-social de los adultos mayores.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Bienestar físico – emocional - social	Estado psicológico y físico que permite la integración coherente con la sociedad (32).	Estado de salud físico	¿Usted se puede movilizar sin ayuda?	Siempre A veces Nunca
		Bienestar emocional	¿Usted se ayuda de un bastón o silla de ruedas para desplazarse?	Siempre A veces Nunca
			¿Se siente usted bien con la atención brindada por el personal?	Siempre A veces Nunca

			¿El personal se dirige a usted con respeto y consideración?	Siempre A veces Nunca
		Bienestar social	¿El personal realiza actividades recreativas?	Siempre A veces Nunca
			¿El adulto mayor tiene buena interrelación con sus compañeros?	Buena Regular Mala
			¿El adulto mayor se aísla de actividades grupales recreativa?	Siempre A veces Nunca
			¿El adulto mayor se muestra irritable?	Siempre A veces Nunca

3.6. Métodos de recolección de información

- **Entrevista:** se realizó la entrevista al Ing. Eduardo Molina Administrador del Centro Gerontológico y una auxiliar de enfermería para obtener información relevante de los servicios que presta el asilo de ancianos.
- **La encuesta:** se realizó una encuesta de preguntas cerradas con la escala de likert, estructuradas por mi autoría, validada y revisada por la autoridad máxima del Centro Gerontológico la misma que fue dirigida a los adultos mayores sobre Mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del Centro Gerontológico “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo 2017.
- **Revisión de documentos oficiales:** como las historias clínicas de los adultos mayores para constatar la recepción y entrega de turno; medicación a la que están sometidos y ejecución de las indicaciones médicas por el personal auxiliar de enfermería.
- **Check list:** se aplicó el instrumento de observación al personal auxiliar de enfermería para identificar el cumplimiento de los cuidados y atención a los adultos mayores del centro gerontológico.

3.7. Análisis de datos

Con la información obtenida a través de la aplicación del instrumento de investigación, se tabularon los datos utilizando el programa informático Microsoft Excel, para efectuar la tabulación de los datos se manejaron formulas en hojas de cálculo que consecutivamente sirvieron para la interpretación, análisis, obtención de tablas y gráficos estadísticos, que ayudaron a comprender de mejor manera los resultados obtenidos.

3.8. Métodos y técnicas para la tabulación y procesamiento de la información

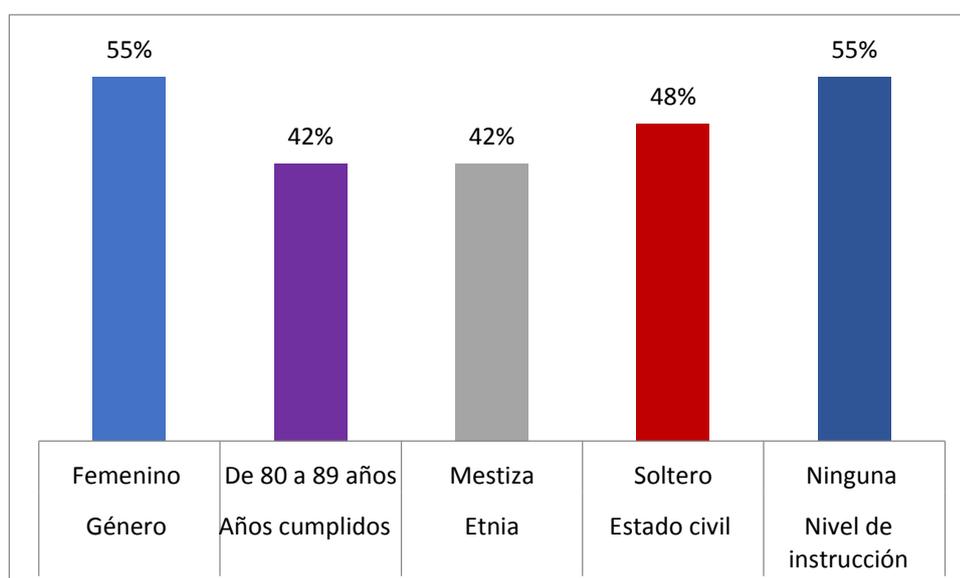
- a) **Tabulación:** La tabulación de los datos consiste en el recuento de las respuestas contenidas en los instrumentos, a través del conteo de los códigos numéricos de las alternativas de las preguntas cerradas, con la finalidad de generar resultados que se muestren en gráficos.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1. Caracterización sociodemográfica

Grafico 1. Caracterización sociodemográfica del grupo de estudio



Análisis: predomina el género femenino en edades comprendidas entre 80 a 89 años de edad, en su mayoría mestizos, de los cuales un alto porcentaje son solteros y viudos con ningún tipo de instrucción escolar y en menor porcentaje primaria incompleta. 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 (33). 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, quienes no cuentan con los conocimientos básicos que les permita

identificar la calidad de atención que reciben por parte del personal; al vivir en un país pluricultural es necesario implementar medidas que permitan un atención optima e integral de calidad que brinde cuidados de acuerdo a las condiciones de cada uno de los adultos mayores.

4.2 Identificación de los conocimientos y prácticas que tiene el grupo objeto de estudio.

Tabla 1: Conocimientos y prácticas que tiene el grupo objeto de estudio.

Prácticas						
Aspectos	escala					
	Siempre	A veces	Nunca	Nutritiva	Regular	Mala
¿Usted necesita ayuda para su arreglo personal diario?	13	45	42			
¿Usted cuando se baña lo hace solo o necesita ayuda?	84	16				
¿Usted se cambia de ropa diariamente?	39	58	3			
¿Usted realiza su aseo bucal diario y tres veces al día?	10	6	84			
¿Usted para servirse los alientos, lo hace solo o con ayuda?	58	42				
¿Usted puede controlar esfínteres?	61	32	6			
¿Usted para evacuar sus necesidades usa el pañal?	52	48				
Conocimiento						
Aspectos	Escala					
	Nutritiva	Regular	Mala	Siempre	A veces	Nunca
¿Usted considera que su alimentación es nutritiva y beneficiosa para su salud?		32	58			
¿El personal después de cada cambio de pañal le realiza un aseo perineal?				23	77	
¿El personal le informa acerca de que se trata su enfermedad?				3	97	
¿Usted toma su medicación en la hora establecida?				25	67	8
¿Usted toma su medicación en la hora establecida?				3	97	

Análisis: se observa que el 45% necesita ayuda para su arreglo personal; el 84% requiere del personal para ducharse; el 58% no se cambia de ropa diariamente; el 84% refieren practicar a veces el aseo bucal diario; el 58% manifiesta necesitar ayuda para consumir sus alimentos; el 68% expresa no tener una alimentación adecuada de acuerdo a la patología que presenta; el 61% refiere si controlar esfínteres; y el 52% de los adultos mayores utiliza el sanitario, cabe recalcar que por la noche utilizan el pañal muy frecuentemente; el 77% manifiesta que el personal auxiliar de enfermería si realiza un aseo perineal al adulto mayor después del cambio del pañal; el 97% reconoce no saber acerca de la enfermedad que padece, de que se trata, y el beneficio del tratamiento; el 67% refiere no tomar su medicación a la hora establecida. Cabe recalcar que el personal auxiliar de enfermería no cuenta con el conocimiento científico actualizado para impartir una mejor atención. Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2011, refiere que el envejecimiento es un proceso universal, continuo e irreversible en el que hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, al presentarse un desgaste progresivo en su capacidad y sus funciones físicas, se vuelven más vulnerables a las enfermedades y condiciones propias de la edad que pueden llevarlo a la fragilidad y la dependencia en su totalidad (34). Por cuanto la investigación se relaciona con el MSP, en el cual se puede observar que debido a la pérdida progresiva de las capacidades del adulto mayor para realizar actividades diarias, por su nivel de dependencia, y falta de conocimiento sobre su enfermedad, se verifica la importancia de la capacidad, conocimiento y prácticas del cuidador acordes a la situación del adulto mayor, que deben favorecer a mejora la calidad de vida, cabe recalcar que el asilo no cuenta con un nutricionista de planta el cual pueda asignar a cada paciente una dieta según su patología, por ello es necesario poner énfasis en el aumento del personal capacitado dirigidos al cuidado integral del paciente, tomando en cuenta que en su mayoría son adultos mayores vulnerables y dependientes.

4.3 Determinación de las condiciones del bienestar físico-emocional-social de los adultos mayores estudiados.

Tabla 2: Condiciones del bienestar físico-emocional-social de los adultos mayores estudiados - 1.

Aspectos	Escala		
	Siempre	A veces	Nunca
¿Usted se puede movilizar sin ayuda?	32	29	39
¿Usted se ayuda de un bastón o silla de ruedas para desplazarse?	58	42	
¿Usted muestra algún tipo de lesión en su piel?	19	81	
¿Usted se siente bien con la atención brindada por el personal?	45	29	26
¿El personal se dirige a usted con respeto y consideración?	58	16	19
¿El personal realiza actividades recreativas?	48	26	26
¿Usted tiene buena interrelación con sus compañeros?	55	13	19
¿Usted se aísla de las actividades grupales recreativas?	29	55	16
¿Usted se muestra irritable en el día?	13	61	26
¿Usted tiene buena relación con el personal?	42	28	30

Análisis: El 39% manifiesta el movilizarse sin ayuda a veces; el 58% utiliza bastones para su desplazamiento; el 81% muestra lesiones en su piel como escaras, golpes, etc., el 55% refiere no estar satisfecho totalmente con la atención brindada por el personal; el 58% expresa que el personal si se dirige con respeto y consideración hacia ellos, cabe recalcar que en la mayor parte del tiempo pasan sedados; el 52% manifiesta que las actividades recreativas no son muy frecuentes; el 55% expresa tener una buena interrelación con sus compañeros; pero también el 55% manifiesta aislarse de las actividades grupales; el 61% se muestran irritables durante el día; el 58% refiere no

tener una buena relación con el personal. La OMS 2016, explica que la salud mental, el bienestar emocional y social tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida; más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno, el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso; la demencia, la depresión y la ansiedad son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (35). Por lo tanto la investigación se relaciona con la OMS en cuanto a su condición física las personas que llegan a cierta edad afrontan problemas físicos y psíquicos que derivan cambios biológicos propios de la edad, como realizar esfuerzos más complejos los cuales resultan más difíciles de efectuar debido al deterioro musculo esquelético que presenta el adulto mayor; considerando que algunos viven con su familia, solos o en asilos afecta su estado emocional y psicológico del adulto mayor provocando depresión, ansiedad y conducta agresiva; en cuanto al bienestar social la población comienza a calificarlos como personas de tercera edad, quienes están por jubilarse, o ya se jubilaron y sufren de alguna discapacidad, cabe recalcar que todo lo ya mencionado es importante trabajar en su adecuada funcionalidad tanto físico, emocional y social que contribuyan a mejorar y aumentar su calidad de vida.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones.

- En el grupo de estudio predomina el género femenino en edades comprendidas de 80 a 89 años; de etnia mestiza; en su mayoría los adultos mayores no cuentan con ningún nivel de instrucción, en cuanto al estado civil prevalece un porcentaje considerable corresponden a solteros y viudos.
- En un alto porcentaje encontramos adultos mayores con dependencia casi en su totalidad; con una alimentación inadecuada a su condición de salud por la ausencia de nutricionistas en el asilo; en la que se evidencia la falta de conocimiento y practica del personal auxiliar de enfermería; la cual brinda información necesaria para la estructuración de la guía de cuidados básicos dirigida a los cuidadores del paciente geriátrico.
- En el proceso de determinación de las condiciones del bienestar físico revela que el 97% de la población manifiesta estar en estado de sedación leve con el uso de medios de apoyo para su desplazamiento; en cuanto al bienestar emocional refiere el 58% no satisfacer con las expectativas y necesidades del grupo de estudio; por ende en el bienestar social no existe una buena relación y participación de los adultos mayores en actividades grupales manifestando signos de agresividad , ansiedad y depresión y la aparición de patologías propias de la edad.
- 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 de cuidados

básicos dirigidos a los cuidadores del paciente geriátrico con el objetivo de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

5.2. Recomendaciones.

- Continuar investigando sobre el desarrollo de la calidad de vida en diversos grupos etarios, los cuales identificaran problemas físico, emocionales y psicológicos del adulto mayor, consideran importante capacitar al auxiliar de enfermería mejorando así la calidad de vida.
- Fomentar la guía de cuidados básicos dirigidos a los cuidadores del paciente geriátrico, a otros asilos de ancianos de Imbabura que contribuya a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Es fundamental incrementar el personal de salud para el cuidado del adulto mayor, los cuales brindaran servicios de terapia física, terapia ocupacional y de lenguaje en horarios establecidos; además la incorporación de un nutricionista, médico y enfermera de planta regidos a la norma técnica del adulto mayor.
- Concientizar a la familia a evitar el abandono y la indigencia, implementando una escuela que refuerce la unión familiar, el cual contribuirá a fortalecer el vínculo en cada uno de sus miembros.
- Presentar los resultados de la investigación al hogar “Susana Mancheno de pinto” para que desde su autoridad máxima socialice los resultados y proyecte medidas y acciones que necesita la población de estudio para el cumplimiento de sus derechos y contribuya a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Manifestar al MIES los resultados de la investigación, con el fin de dar a conocer la información obtenida, considerando necesario realizar un seguimiento sobre el presupuesto otorgado al Hogar “Susana Mancheno de Pinto”, en el cual se identifica una alteración en el uso de los recursos económicos dirigidos a los adultos mayores.

Bibliografía

- 1 Organizacin Mundial de la Salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 24. Available from: <http://www.who.int/ageing/es/>.
- 2 Organizacion de Naciones Unidas. El envejecimiento de la población. [Online].; 2010 [cited 2017 Octubre 24. Available from: http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion.
- 3 Instituto Nacional de Estadística y Censos. La población de personas adultas mayores aumentará también en Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 24. Available from: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/la-poblacion-adulta-mayor-crecera-34-a-partir-de-2020>.
- 4 Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES atiende a 2000 adultos mayores en Imbabura. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre 24. Available from: <http://www.elciudadano.gob.ec/mies-atiende-a-2000-adultos-mayores-en-imbabura/>.
- 5 Ozols R. MA,CAMA. Actividad física, ejercicio físico y adulto mayor. Revista Nuevo Humanismo. 2017; 4(1).
- 6 Sánchez Gil IY,PMVT. 1 funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Revista Cubana Medicina General Integral. 2008; 24(2).
- 7 Huerta Riveros PC,PRLM,CESE,AMP. alidad de vida laboral y su influencia sobre los resultados empresariales. Revista de Ciencias Sociales (Ve). 2011; XVII: p. 658-76.
- 8 Alfonso Urzúa M,CUA. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica. 2012; 30(81): p. 61-71.
- 9 Blanca Gutiérrez JJ,LAM,GGML,dCJDM,HPL. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. Aquichan. 2012; 12(3): p. 213-27.

- 1 catarina.udlap. Quien es el adulto mayor. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 24. 0 Available from: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf.
- 1 Cruz. Factores de Envejecimiento. [Online].; 2017 [cited 2017 Octubre 24. 1 Available from: <http://www.cuidomipiel.com/factores-de-envejecimiento.html>.
- .
- 1 Licona. CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO. [Online].; 2016 [cited 2017 2 Octubre 24. Available from: <http://adulto-mayorcito.blogspot.com/2013/03/cambios-en-el-envejecimiento.html>.
- 1 Universidad de Guadalajara. Qué es la Gerontología? [Online].; 2017 [cited 2017 3 Octubre 24. Available from: <http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/gerontologia/que-es>.
- 1 López Díaz. Teoría del déficit de autocuidado de OREM. [Online].; 2012 [cited 4 2017 Octubre 24. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/38/73>.
- 1 Prado Solar , González Reguera. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem 5 punto de partida para calidad en la atención. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre 24. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004.
- 1 catarina.udlap. TERCERA EDAD. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 24. 6 Available from: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/nunez_1_v/capitulo2.pdf.
- 1 Grueso R. Las enfermedades más comunes de la tercera edad. [Online].; 2013 [cited 7 2017 Octubre 24. Available from: <https://www.saludactual.cl/geriatria/enfermedades-mas-comunes-tercera-edad.php>.
- 1 Instituto Mexicano del Seguro Social. Depresión en el Adulto Mayor. [Online].; 8 2014 [cited 2017 Octubre 24. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>.

- 1 Russek. Crecimiento y bienestar emocional. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre 9 24. Available from: <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/miedo-envejecer.html>.
- 2 Ramos Castro G. Causas y consecuencias del abandono de los envejecientes del Hogar. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre 24. Available from: <https://prezi.com/rz0rf4eetxog/causas-y-consecuencias-del-abandono-de-los-envejecientes-del-hogar-para-ancianos-desvalidos-la-santisima-trinidad-moca-rd/>.
- 2 Mejía , Rivera. DISCAPACIDAD EN EL ADULTO MAYOR. [Online].; 2014 1 [cited 2017 Octubre 24. Available from: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo2_RFCMVol11-2-2014-5.Revision.Discapacidad.Adulto.Mayor.pdf.
- 2 Coronel. ANÁLISIS DE LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 24. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7305/1/AN%C3%81LISIS%20DE%20LA%20INCLUSI%C3%93N%20SOCIAL%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20GUAYAQUIL.pdf>.
- 2 Garcia Lopez V. ENFERMERÍA GERIÁTRICA. [Online].; 2014 [cited 2017 3 Octubre 24. Available from: <https://previa.uclm.es/profesorado/mvglopez/archivos%20para%20vincular/GERIATRIA%202%C2%BA%202005-06.doc>.
- 2 Álvarez Yánez. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los Adultos Mayores. [Online].; 2010 [cited 2017 Octubre 24. Available from: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf.
- 2 Llauradó. La escala de Likert: qué es y cómo utilizarla. [Online].; 2014 [cited 2017 5 Octubre 24. Available from: <https://www.netquest.com/blog/es/la-escala-de-likert-que-es-y-como-utilizarla>.
- 2 Constitucional T. Constitución de la República del Ecuador Quito-Ecuador: 6 Registro Oficial; 2008.

- 2 Plan del Buen Vivir. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 23. Available from:
7 [http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-
. poblacion](http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-.poblacion).
- 2 Alvarado García A. La ética del cuidado. Aquichan. 2004; 4(1): p. 30-9.
8
. .
- 2 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Ética en el Adulto Mayor.
9 [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 23. Available from:
. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo9.pdf>.
- 3 Ministerio de Inclusion Economica y Social. Norma Técnica Población Adulta
0 Mayor. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre 24. Available from:
. [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-
TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf).
- 3 de Mejía BEB,MMEP. Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) en
1 Adultos Mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la
. Salud. 2015; 12(1): p. 11-24.
- 3 Morán MP. Trabajo social gerontológico: investigando y construyendo espacios de
2 integración social para las personas mayores. Rumbos TS Un espacio crítico para la
. reflexión en Ciencias Sociales. 2016; 1: p. 13-30.
- 3 Instituto Nacional de estadística y censo. ecuaorencifras. [Online].; 2010 [cited
3 2017 Octubre 23. Available from: [http://www.ecuaorencifras.gob.ec/wp-
. content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf](http://www.ecuaorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf).
- 3 Millán Méndez E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del
4 adulto mayor en la comunidad. [Online]. ibarra; 2010 [cited 2017 Octubre 30.
. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
03192010000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007).
- 3 Ministerio de Salud Publica. MANUAL PARA CUIDADORES DE LA PERSONA
5 ADULTA MAYOR DEPENDIENTE. [Online].; 2011 [cited 2017 Octubre 23.
. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn>

n/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf.

3 Ministerio de Salud Subsecretaria de Salud Publica. Órtesis para personas de 65 años y mas. [Online].; 2010 [cited 2017 Octubre 30. Available from: . <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/rtesis.pdf>.

3 Aponte Daza V. CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. [Online].; 2015 7 [cited 2017 Octubre 30. Available from: . http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003.

3 Organizacion Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. 8 [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 23. Available from: . <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.

3 Índice Global de Envejecimiento A2. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 12. 9 Available from: <http://www.helpage.org/silo/files/gawi-2015-resumen-ejecutivo-.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Galería fotográfica

REVISIÓN DE HCL



APLICACIÓN DE ENCUESTA



ACTIVIDADES RECREATIVAS



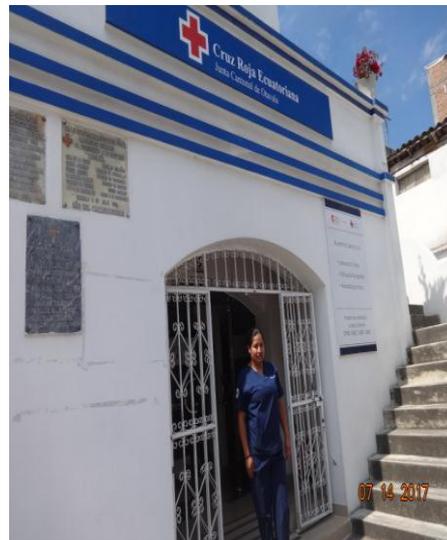
TERAPIA OCUPACIONAL



HOGAR DE ANCIANOS



INTALACIONES DE LA CRUZ ROJA



Anexo 2. Entrevista

Entrevista realizada al Ing. Eduardo Molina, administrador del hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto”, ubicado en el Cantón Otavalo, provincia Imbabura.

Objetivo: obtener información, de utilidad para la investigación, relacionada con el hogar de ancianos “Susana Mancheno de Pinto”, ubicado en el Cantón Otavalo, provincia Imbabura.

Preguntas

1. ¿Qué cargo desempeña en la institución en que labora?
2. ¿Cuándo fue creado el hogar de ancianos?
3. ¿Cuál es la característica general de la institución?
4. ¿Cuántos ancianos alberga el hogar y qué procedencia tienen?

Anexo 3. Check List



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE CIENCIAS DE LA SALUD ENFERMERÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN

De las intervenciones realizadas por el personal auxiliar Hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo” 2017.

INTERVENCIONES DEL AUXILIAR ENFERMERÍA	SI	NO	AVECES
FUNCIÓN NEUROLÓGICA			
Da las instrucciones en forma clara y organizada			
Organiza grupos homogéneos de acuerdo a las limitaciones			
Procura la participación de los adultos en tareas sencilla			
FUNCIÓN SENSORIAL			
Cuando escribe lo hace con letras que se puedan entender			
Realiza acciones para cuidar la salud del adulto mayor			
Habla fuerte pero sin gritar			
Vocaliza bien las palabras			
Repite sin molestia cuando el adulto mayor se lo pide			
FUNCIÓN DE OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN			
Realiza actividad física en las mañanas dirigidas al paciente gerontológico			
Realizan actividades recreativas			
Motiva a la actividad física			
Motiva la participación del trabajo en equipo			
Mantiene ventilada la habitación			
Evita que el adulto duerma con flores y objetos que dificulten la oxigenación			
FUNCIÓN DE PROTECCIÓN			
Evita la exposición directa al sol			
Lubrica la piel con cremas humectantes			

Utiliza toallas y esponjas suaves para el aseo			
Utiliza medidas de protección como silla de ruedas, bastones, caminadoras, etc.			
Corta las uñas con cuidado de no lesionar la piel			
Realiza cambios de posición para evitar la aparición de escaras.			
FUNCIÓN DE HIDRATACIÓN			
Motiva al consumo de líquidos			
Coloca líquidos al alcance de los adultos con dificultad de movilidad			
Identifica los signos de deshidratación			
FUNCION NUTRICION			
Sugiere la dieta de acuerdo a los requerimientos de cada uno			
Procura que coman siempre acompañados			
Motiva a que la comida sea un momento ameno y participativo			
FUNCIÓN DE ACTIVIDAD Y DESCANSO			
Crea oportunidades de socialización			
Promueve la confianza y crea una sensación de bienestar			
Promueve rutinas de ejercicios			
Evita que transiten por pisos húmedos			
Ilumina los corredores en la noche			
PROMOCIÓN DE LA SALUD			
Promueve el aseo bucal tres veces al día			
Ayuda al adulto mayor a ser autosuficiente en el aseo			
Fomenta el uso de jabones suaves en el baño			
Toma medidas de seguridad en el baño			
Está pendiente de las necesidades de abrigo			
Ayuda a vestirse a quien no lo pueda hacer solo			
Verifica que la temperatura de los ambientes cerrados sea la ideal			
Procura que la dieta sea variada			
Realiza pláticas afectuosas que motive la a confianza del adulto.			

Anexo 4. Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE CIENCIAS DE LA SALUD ENFERMERÍA

ENCUESTA: Mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores del hogar “Susana Mancheno de Pinto” del cantón Otavalo 2017.

OBJETIVOS:

- Caracterizar, socio-demográficamente, a los adultos mayores objeto de investigación.
Identificar los conocimientos y prácticas que tiene el grupo objeto de estudio.
- Determinar las condiciones actuales del bienestar físico-emocional-social de los adultos mayores estudiados.

INSTRUCCIÓN DE CÓMO LLENAR EL FORMULARIO:

Estimado(a): me encuentro realizando una investigación, por la cual necesito su criterio.

Escuche detenidamente las siguientes preguntas.

Su información será confidencial, sólo se empleará con fines científicos.

Elija solamente una opción.

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Nivel de instrucción	Ninguna	
	Primaria incompleta	
	Primaria completa	
	Secundaria incompleta	
	Secundaria completa	
	Superior	

Género	Masculino	
	Femenino	

Etnia	Mestiza	
	Indígena	
	Afroecuatoriano	
	Montubio	
	Blanco caucásico	

Edad	
------	--

Estado civil	Soltero	
	Casado	
	Viudo	
	Divorciado	
	Unión libre	

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL AUTO CUIDADO

¿Usted necesita ayuda para su arreglo personal diario?

Siempre_A veces_Nunca _

¿Usted cuando se baña lo hace solo o necesita ayuda?

Siempre_A veces_Nunca

¿Usted se cambia de ropa diariamente?

Siempre_A veces_Nunca

¿Realiza usted aseo de su cavidad bucal diario y tres veces al día?

Siempre_A veces_Nunca

¿Usted para servirse sus alimentos lo hace solo o con ayuda?

Siempre_A veces_Nunca

¿Considera que su alimentación es nutritiva y beneficiosa para su salud?

Nutritiva_ Regular _Mala_

¿Usted puede controlar esfínteres?

Siempre_A veces_Nunca

¿Usted para evacuar sus necesidades biológicas usa pañal?

Siempre_A veces_Nunca

¿El personal después de cada cambio de pañal le realiza un aseo?

Siempre_A veces_Nunca

¿El personal le informa acerca de que se trata su enfermedad?

Siempre_A veces_Nunca

¿Usted toma su medicación en la hora establecida?

Siempre_A veces_Nunca

¿Sabe en qué le favorece el tratamiento para su enfermedad?

Siempre_A veces_Nunca

BIENESTAR FÍSICO- EMOCIONAL- SOCIAL

¿Usted se puede movilizar sin ayuda?

Siempre_A veces_Nunca

¿Usted se ayuda de un bastón o silla de ruedas para desplazarse?

Siempre_A veces_Nunca

¿Se siente usted bien con atención brindada por el personal?

Siempre_A veces_Nunca

¿El personal se dirige a usted con respeto y consideración?

Siempre_A veces_Nunca

¿El personal realiza actividades recreativas?

Siempre_A veces_Nunca

¿El adulto mayor tiene buena interrelación con sus compañeros?

Siempre_A veces _ Nunca

¿El adulto mayor se aísla de actividades grupales recreativa?

Siempre_A veces_Nunca

¿El adulto mayor se muestra irritable?

Siempre_A veces_Nunca

¿El adulto mayor tiene buena relación con el personal?

Siempre_A veces_Nunca

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

Anexos 5. Guía de solución y evaluación





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

IBARRA - ECUADOR

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 - 073 - CEAACES - 2013 - 13

CARRERA DE ENFERMERÍA

Ibarra, 15 de Junio del 2017

Ing.
Eduardo Molina

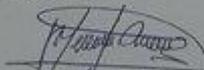
ADMINISTRADOR DEL ASILO "SUSANA MANCHENO"

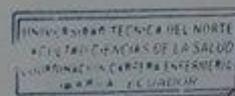
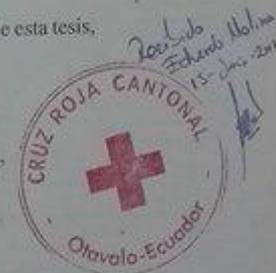
Estimado Doctor:

Por medio de la presente solicito muy comedidamente, se autorice a la Señorita: De la Cruz Dolores Fernanda, con C.I 1003213574, Egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte para realizar la aplicación de las encuestas de tesis de grado cuyo tema es: "MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEL HOGAR "SUSANA MANCHENO DE PINTO" DEL CANTON OTAVALO 2017 previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, para fines académicos.

Los datos obtenidos, con las conclusiones y recomendaciones producto de esta tesis, serán socializados en la Unidad de Salud.

Atentamente,
"CIENCIA Y TECNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"


Msc. Maritza Alvarez
COORDINADORA
ENFERMERÍA



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 por
Teléfono: (06) 2 653-461 Correo
(06) 2 659-420 2 640-811 Fax:
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec

Anexo 3. Check list



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN

De las intervenciones realizadas por el personal auxiliar Centro Gerontológico "Susana Mancheno de Pinto" del cantón Otavalo" 2017.

INTERVENCIONES DEL AUXILIAR ENFERMERÍA	SI	NO	AVECES
FUNCIÓN NEUROLÓGICA			
Da las instrucciones en forma clara y organizada			
Organiza grupos homogéneos de acuerdo a las limitaciones			
Procura la participación de los adultos en tareas sencilla			
FUNCIÓN SENSORIAL			
Cuando escribe lo hace con letras que se puedan entender			
Realiza acciones para cuidar la salud del adulto mayor			
Habla fuerte pero sin gritar			
Vocaliza bien las palabras			
Repite sin molestia cuando el adulto mayor se lo pide			
FUNCIÓN DE OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN			
Realiza actividad física en las mañanas dirigidas al paciente gerontológico			
Realizan actividades recreativas			
Motiva a la actividad física			
Motiva la participación del trabajo en equipo			
Mantiene ventilada la habitación			
Evita que el adulto duerma con flores y objetos que dificulten la oxigenación			
FUNCIÓN DE PROTECCIÓN			
Evita la exposición directa al sol			
Lubrica la piel con cremas humectantes			



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS.docx (D31448909)
Submitted: 10/19/2017 12:20:00 AM
Submitted By: doloresfer88@gmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

Tesis Quiroz Lopez.pdf (D9862226)
tesis 4.docx (D16113990)
TESIS Mayte Montes.compressed.pdf (D29578886)
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102014000100005

Instances where selected sources appear:

6