



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS
QUE INFLUYEN EN LOS GRANDES SÍNDROMES
GERIÁTRICOS. “CENTRO DE ATENCIÓN
DEL ADULTO MAYOR”
SANTA ELENA.
2012- 2013**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

**AUTORAS:
BAILÓN PINCAY MIRYAM CRISTINA
PILLIGUA MERA JESSICA KARINA**

TUTORA: LCDA. CARMEN BAILÓN MUÑIZ. MSc.

**LA LIBERTAD - ECUADOR
2013**

**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS
QUE INFLUYEN EN LOS GRANDES SÍNDROMES
GERIÁTRICOS. “CENTRO DE ATENCIÓN
DEL ADULTO MAYOR”
SANTA ELENA.
2012- 2013**

TRABAJO DE TITULACIÓN
Previo a la obtención del Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

**AUTORAS:
BAILÓN PINCAY MIRYAM CRISTINA
PILLIGUA MERA JESSICA KARINA**

TUTORA: LCDA. CARMEN BAILÓN MUÑIZ. MSc.

**LA LIBERTAD - ECUADOR
2013**

La Libertad, 9 Junio 2013

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación “IDENTIFICACION DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LOS GRANDES SINDROMES GERIATRICOS “CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR” SANTA ELENA. 2012-2013”, elaborado por las Srtas. Bailón Pincay Miryam Cristina y Pilligua Mera Jessica Karina, egresadas de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciada (o), me permito declarar que luego de haber orientado, y revisado, la apruebo en todas sus partes.

Atentamente

.....

LCDA. CARMEN BAILÓN MUÑIZ. MSc.

TUTOR

CERTIFICADO GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

En mi calidad de Licenciada de la especialidad de Ciencias de la Educación luego de haber revisado y corregido la tesis "**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS GRANDES SINDROMES GERIÁTRICOS CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR .SANTA ELENA 2012 – 2013**" previo la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, de las estudiantes de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, **BAILÓN PINCAY MIRYAM CRISTINA** y **PILLIGUA MERA JESSICA KARINA**, certifico que está habilitada con el completo manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos, adecuado empleo de la sinonimia, corrección ortográfica y gramatical.

Es cuanto puedo decir en honor a la verdad.

La Libertad, 8 de Junio de 2013

.....
Lic. Anita Quinde Mateo, Mg.
MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
E INVESTIGACIÓN EDUCATIVA
REG.1006-12-747645

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, acompañándome durante todo mi trayecto estudiantil y que han sido mi pilar fundamental más importante por su apoyo incondicional, y que me han todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mis hermanos por estar siempre presentes, por acompañarme durante todo este arduo camino. A mi esposo que es mi motivación para seguir adelante.

Jessica

Dedico este trabajo primeramente a Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial, a mi familia especialmente a mis padres, porque sin su apoyo no hubiera llegado hasta aquí, porque me han sabido guiar con sus sabios consejos para culminar mi carrera profesional, a mis hermanos, que han velado por mí por en este arduo camino, a mi enamorado que siempre me brindó su apoyo incondicional. A las personas que han sido mi fortaleza, fuente de inspiración para seguir adelante.

A los lectores presentes y futuros de esta investigación que se preocupan por la problemática de adquirir conocimientos con bases científicas.

Miryam

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar con nosotras en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en el camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte, compañía durante todo el periodo de estudio y que con ello se hace realidad este sueño anhelado.

A nuestras familias por su amor, comprensión y apoyo incondicional, por habernos dado las fuerzas necesarias que nos han ayudado para alcanzar nuestras metas, brindándonos sabios consejos y motivarnos a culminar nuestros sueños anhelados y llegar hasta donde estamos ahora.

A mi directora de tesis, Lcda. Carmen Bailón, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También a los Miembros del Centro integral del adulto Mayor gracias a ellos pudimos lograr con nuestros objetivos de nuestra investigación.

Agradecemos a Dios por darnos la fortaleza y la sabiduría para lograr nuestra meta.

Jessica y Miryam

TRIBUNAL DE GRADO

Lcdo. Guillermo Santa María S.
**DECANO DE LA FACULTAD
C.C. SOCIALES Y DE LA SALUD**

Dr. Juan Monserrate Cervantes, MSc.
**DIRECTOR DE LA ESCUELA
DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Lic. Fátima Moran Sánchez. MSc.
PROFESOR DEL ÁREA.

Lic. Carmen Bailón Muñiz. MSc.
TUTORA

Abg. Milton Zambrano Coronado MSc.
SECRETARIO GENERAL – PROCURADOR

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO
QUE INFLUYEN EN LOS GRANDES SÍNDROME
GERIÁTRICOS. “CENTRO DE ATENCIÓN
DEL ADULTO MAYOR”
SANTA ELENA.
2012- 2013**

. Autoras: Bailón Pincay Miryam Cristina
Pilligua Mera Jessica Karina
Tutora: Lcda. Carmen Bailón. MSc

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad identificar los factores de riesgo que influyen en los grandes síndromes geriátricos. La calidad de vida del adulto mayor se deteriora debido a las diferentes patologías que se presentan a esta edad (60 años), precisamente cuando se desconocía los Factores de riesgos que la ocasionaban y que afectaban su vida cotidiana. En esta investigación se planteó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal en donde la muestra es de 60 adultos mayores con algún síndrome Geriátrico en el “Centro de Atención Integral” en Santa Elena, para lo cual se aplica la técnica de la encuesta a través de un cuestionario de preguntas cuyo objetivo es Identificar los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos del Adulto Mayor correlacionando con la teoría que presento Virginia Henderson que dice ("La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo,) y la de Johnson respecto al ("funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad"). Entre los resultados obtenidos de esta investigación se aprecia que los factores encontrados son: biológico(enfermedades 32%), psicológico(pérdida de la memoria 70%) y social (convivencia 44%) los que influye en el Adulto Mayor, y el Gran Síndrome geriátrico que prevalece en el Adulto Mayor es el síndrome de caídas con un porcentaje de 44%. Las conclusiones a las que se llegó es que se pudo evidenciar que los Síndromes geriátricos afectan a los Adultos Mayores mediante los factores de riesgos que inciden en ellos por lo que se recomienda proporcionar los cuidados necesarios para así mejorar el estilo de vida del Adulto Mayor, por tal motivo se realiza una propuesta de una guía sobre los cuidados que se deben tener a los adultos mayores que presentan los Grandes Síndromes Geriátricos, para que contribuya a prevenir los riesgos del individuo mayor y proporcionar una atención con calidad y calidez.

PALABRAS CLAVES: Factor de riesgo, grandes síndromes geriátrico, Atención del Adulto Mayor.

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IDENTIFICATION OF RISK FACTORS
MAJOR INFLUENCING SYNDROME
GERIATRIC. "CENTER
OLDER "
SANTA ELENA.
2012 - 2013**

Authors: Cristina Miryam Pincay Bailon
Jessica Karina Mera Pilligua

Tutor: Atty. Carmen Bailon. MSc.

ABSTRACT

The present research aims to identify the risk factors that influence major geriatric syndromes. The quality of life of older adults deteriorates due to the different pathologies that occur at this age (60 years), precisely when they know the risk factors that were causing and affecting their daily lives. In this research, a study was quantitative approach, descriptive and cross where the sample is 60 older adults in a geriatric syndrome "Comprehensive Care Center" in Santa Elena, for which the technique is applied to survey through a series of questions whose purpose is to identify risk factors that influence major geriatric syndromes Elderly correlating with the theory I present Virginia Henderson says ("the only function of a nurse is to assist the individual in health and disease,) and Johnson respect to ("behavioral functioning efficient and effective in the patient to prevent disease"). Among the results of this research shows that the factors found are: biological (diseases 32%), psychological (memory loss 70%) and social (living 44%) which influences the Elderly, and the Grand Syndrome geriatric prevailing in the Elderly is falling syndrome with a percentage of 44%. The conclusions reached is that it was evident that geriatric syndromes affecting the Elderly by risk factors that affect them so it is recommended to provide the necessary care in order to improve the lifestyle of the Elderly, for this reason there is a proposal of a guide to the care that must be taken to older adults presenting Geriatric Syndromes Great, that help to prevent elderly individual risks and provide quality care and warmth.

KEY WORDS: Risk factor, large geriatric syndromes, Care of the Elderly.

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
PORTADA	I
APROBACION DEL TUTOR	Ii
CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA	Iii
DEDICATORIA	Iv
AGRADECIMIENTO	V
TRIBUNAL DE GRADO	Vi
RESUMEN	Vii
ABSTRACT	Viii
ÍNDICE GENERAL	Ix
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema: Enunciado del problema	2
Justificación	5
Objetivos: Objetivo general, Objetivos específicos	7
CAPÍTULO I	
Marco teórico	
1.1. Antecedentes investigativos	8
1.2. Fundamentación científica	11
1.2.1. Grandes síndromes geriátricos	11

1.2.2.	Características comunes de los grandes síndromes geriátricos	11
1.2.3.	Clasificación de los grandes síndromes geriátricos	11
1.2.4.	Caídas	12
1.2.5.	Factores de riesgos de caídas	13
1.2.6.	Consecuencia de caídas en el anciano	14
1.2.7.	Incontinencia urinaria	14
1.2.8.	Repercusiones de la incontinencia urinaria	15
1.2.9.	Clasificación de la incontinencia urinaria	16
1.2.10.	Consecuencia de la incontinencia urinaria	17
1.2.11.	Inmovilidad	18
1.2.12.	Causas de la inmovilidad	18
1.2.13.	Consecuencia de la inmovilidad	20
1.2.14.	Deterioro cognitivo	21
1.2.15.	Consecuencia de deterioro cognitivo	22
1.2.16.	Insomnio	24
1.2.17.	Riesgo	24
1.2.18.	Factor de riesgo	24
1.2.19.	Envejecimiento	24
1.2.20.	Factor de riesgo biológico	25
1.2.21.	Alimentación	25
1.2.22.	Ingesta diaria de alimentos	26
1.2.23.	Riesgo psicológico	26
1.2.24.	Pérdida de memoria	27
1.2.25.	Enfermedad de Alzheimer	27
1.2.26.	Emoción	28
1.2.27.	Riesgo social	28
1.2.28.	Vivienda	29
1.2.29.	Actividad física	29
1.2.30.	Servicios básicos	29

1.2.31.	Calidad de vida	30
1.2.32.	Teoría de Virginia Henderson	30
1.2.33.	Teoría de Johnson	31
1.2.34.	Etiquetas diagnosticas de enfermería en el adulto mayor	34
1.3.	MARCO LEGAL	
1.3.1.	Derecho del adulto mayor	35
1.3.2.	Ley orgánica de salud	36
1.3.4.	De las infracciones y sanciones en contra del anciano	37
1.4.	MARCO CONCEPTUAL	
1.4.4.	Actividades de la vida diaria	38
1.4.5.	Autoestima	38
1.4.6.	Autocuidado	38
1.4.7.	Apoyo social	39
1.4.8.	Aislamiento social	39
1.4.9.	Capacidad	39
1.4.10.	Envejecimiento	39
1.4.11.	Estado de salud	39
1.4.12.	Geriatría	39
1.4.13.	Gerontología	40
1.4.14.	Incidencia	40
1.4.15.	Medidas de seguridad	40
1.4.16.	Prevalencia	40
1.4.17.	Síndromes geriátricos	40
1.4.18.	Trastorno social	40
1.4.19.	Trastorno de la movilidad física	41

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1.	Diseño de la Investigación	42
2.2.	Modalidad de la investigación	43
2.3.	Tipos de investigación	43
2.4.	Población y Muestra	44
2.5.	Operacionalización de las variables	44
2.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
2.7.	Prueba piloto	49
2.8.	Consideraciones Ética	49
2.9.	Procesamiento y presentación de datos	49
3.0.	Talento humano	50

CAPÍTULO III

3.1.	Análisis e interpretación de resultados	51
------	---	----

CONCLUSIONES	63
---------------------	----

RECOMENDACIONES	64
------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	65
---------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
-----------------------------------	----

ANEXOS	68
---------------	----

GLOSARIO	109
-----------------	-----

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Permisos para obtener datos	69
Anexo 2	Consentimiento informado	70
Anexo 3	Instrumento de obtención de datos	71
Anexo 4	Cronograma	76
Anexo 5	Presupuesto	77
Anexo 6	Factibilidad y pertinencia	78
Anexo 7	Cuadros y gráficas estadísticas	80
	Población encuestada	80
	Distribución por edad del adulto mayor	81
	Nivel de escolaridad	82
	Residencia del adulto mayor	83
	Enfermedad actual del adulto mayor	84
	Alimentación del adulto mayor	85
	Ingesta diaria del adulto mayor	86
	Pérdida de memoria	87
	Estado de ánimo del adulto mayor	88
	Convivencia del adulto mayor	89
	Dispositivo de apoyo del adulto mayor	90
	Tipo de vivienda del adulto mayor	91
	Tipo de suelo de la vivienda del adulto mayor	92
	Servicios básicos	93
	Incontinencia urinaria	94
	Frecuencia de pérdida de orina involuntaria del A.M	95
	Cantidad de orina expulsada por la incontinencia	96
	Caídas del adulto mayor	97
	Frecuencia de las caídas del adulto mayor	98
	Horario de las caídas del adulto mayor	99
	Lugar de caídas del adulto mayor	100

	Trastorno de la movilidad del adulto mayor	101
	Alteración cognitiva del adulto mayor	102
	Alteración perceptiva del adulto mayor	103
	Grandes síndromes geriátricos	104
Anexo 8	Evidencias fotográficas	105

PROPUESTA

	Págs.
Portada	112
Antecedentes	113
Marco institucional (FODA)	115
Objetivo general	117
Objetivo específico	117
Actividades	117
Resultados esperados	118
Estrategias	118
Beneficiarios	119
Presupuesto	120
Cronograma	121
Evaluación	122
Bibliografía	123

INTRODUCCIÓN

Los grandes síndromes geriátricos son condiciones de salud multifactoriales que ocurren cuando se acumulan los efectos de los déficits en múltiples sistemas y vuelven a las personas mayores vulnerables a cambios situacionales o enfermedades. Esta investigación tiene como prioridad identificar los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes que se presentan en el adulto mayor.

A pesar que en la Constitución de la República del Ecuador dispone que las personas mayores de 65 años, reciban atención especializada, de tal manera que garanticen la salud del adulto mayor, mediante planes, programas y proyectos que llevan las instituciones públicas y privadas, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Debemos tener en cuenta que todavía no existe una buena difusión de las leyes y reglamento por lo que todos los establecimientos no cuenta con todos los programas del adulto mayor. En esta investigación se emplea la metodología: cuantitativa, descriptiva y transversal que nos permite obtener resultados numéricos y dar un diagnóstico de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos, mediante encuesta y observación directa en el adulto mayor.

En el capítulo I de esta investigación se describe el contenido del tema expuesto, empezando por los Factores de riesgos que influyen en los Grandes Síndromes Geriátricos, su clasificación y toda la información precisa y oportuna que se debe considerar para nuestra investigación.

En el capítulo II se describe la metodología y el diseño que hemos escogido para realizar la investigación con esto la operacionalización de las variables ya que nos

proporcionó datos fundamentales para realizar el formato de encuestas para realizar a los adultos Mayores del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor.

En el capítulo III se refiere al análisis e interpretación de los datos evidenciados gracias a las encuestas realizadas a los Adultos Mayores del Centro Integral, datos claros, precisos y evidencias fotográficas.

Los resultados de esta investigación nos indican que los factores encontrados son: el F. biológico, F. psicológico y el F. social los que influye en el Adulto Mayor, y el Gran Síndrome geriátrico que prevalece en el Adulto Mayor es el síndrome de caídas con un porcentaje de 44 % por esta situación se ve afectada la calidad de vida del adulto mayor, por esto la necesidad de informar y educar sobre los cuidados que se deben seguir en los grandes síndromes geriátricos mediante una guía de atención, para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los adultos mayores, son las personas que se encuentran en el último periodo de vida, considerando como personas de la tercera edad todas aquellas mayores de 60 años. El envejecimiento es un proceso gradual, que conduce a una pérdida de la función del organismo, la cual inicia partir de la tercera edad y cuarta década de la vida y se manifiesta por una disminución de la capacidad de reserva del organismo.

Investigaciones especializadas a nivel Mundial revelan que entre el 10 y 15 % de la población anciana padece uno de los síndromes geriátricos. Esta proporción se eleva cuando no existe la identificación de los factores de riesgo que lo causan para poder brindar ayuda y para tratar de eliminar los elementos adversos presentes en él o en su entorno, capaces de provocarle un estado depresivo.

En esa etapa de la vida, los síndromes geriátricos pueden ser más frecuentes, ya que imponen más limitaciones. El 45% de las personas mayores de 65 años tiene cierta limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD), por lo que exista o no una patología específica, es necesario una actuación interdisciplinar en las personas de edad avanzada, enfatizando la prevención a través del entrenamiento para conservar las funciones no alteradas y restablecer las funciones que se han afectado.

En los Estados Unidos el porcentaje de personas que requieren del respectivo conocimiento sobre los Síndromes Geriátricos se ha mantenido constante en aproximadamente 5% de las personas de 65 años.

En América Latina el envejecimiento aumento 23.3 millones en 1980 a 42.5 millones en el año 2000 y se estima que ascenderá a 96.9 millones para el año 2025. Hay ciertos indicios de que el número de Adultos mayores que padecen de los grandes síndromes geriátricos está aumentando con igual rapidez que el envejecimiento de la población. La Organización Mundial de la Salud calcula que en el mundo hay más de 220 millones de Adultos Mayores que padecen de los Grandes Síndromes Geriátricos. Casi el 80% de las muertes por estas patologías se produce en países de ingresos bajos o medios.

En el Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores, según una encuesta realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2009. De acuerdo a los datos presentados, la mayoría de personas mayores de 60 años que padecen de algún Síndrome Geriátrico: en la mujer con el 53,4%, en el hombre 47%. En la actualidad en nuestro país dentro de la Constitución de la República, tenemos artículos que son dirigidos a las personas adultas mayores, artículo 36 sección primera: 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.

En Santa Elena Cantón de la provincia de Santa Elena su territorio tiene una extensión de 3,669 km² y su población llega a 144.076: mujeres 70.680, y hombres 73.396 habitantes, Se encuentra una gran infraestructura hotelera, una refinería de petróleo, aeropuerto y puerto marítimo, la mayoría de los habitantes se dedican a la pesca y depende del turismo. En Santa Elena se ha producido un incremento de la población Adulta Mayor de 60 años, y que padece de enfermedades multifactoriales. Es por este motivo que nosotros como estudiantes de la carrera de enfermería vimos la necesidad de Identificar los Factores de Riesgo que influyen en los Síndromes Geriátricos, que inciden directamente en la calidad de vida del Adulto Mayor.

El Centro integral del Adulto Mayor, con el propósito de brindar protección, cuidado, asistencia especial, bienestar, inserción familiar, comunitaria y social, en función de las capacidades y limitaciones con la Dirección de la Lic. Técnica coordinadora del proyecto; Amanda Pavón, ubicada en el barrio Narcisa de Jesús, lugar donde se realizó la investigación que cuenta con 60 adultos mayores de los cuales sufren de algún síndrome geriátrico por el cual afecta el estilo de vida deteriorando sus funciones cognitivas perceptuales, generando cambios drásticos para el paciente en su vida cotidiana, motivo por el cual es de gran importancia identificar los factores de riesgos que influyen en los síndromes geriátricos, proporcionándoles las medidas de prevención necesarias, para tener una mejor calidad de vida, mediante la investigación.

A fin de obtener el título de Licenciadas en Enfermería y con la convicción de ser unas profesionales dignas de salud, útiles y serviciales presentamos el siguiente trabajo.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Considerando las características que presentan los Adultos Mayores ya que son vulnerables a diversas situaciones, y se le presentan múltiples factores de riesgos en esta etapa, se plantea la siguiente pregunta del problema que guiará la presente investigación.

¿Cuáles son los Factores de Riesgos que influyen en los Síndromes Geriátricos en el “Centro de Atención Integral del Adulto Mayor”?

JUSTIFICACIÓN

La realidad es que los Adultos mayores de hoy, sobre todo los de más edad, sufren diversos cuadros patológicos que disminuyen notablemente su salud, y en consecuencia, su calidad de vida. No debe olvidarse que los adultos mayores valoran dicha calidad de vida, en función de su nivel de independencia, y los diferentes síndromes Geriátricos reducen, por no decir que eliminan casi por completo, esa ansiada vida independiente, todos ellos originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización del anciano, su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años, pero aumentan aún más si se consideran determinados grupos, como son los mayores de 80 años, las personas hospitalizadas o los residentes en instituciones.

Esta afectación en el Adulto Mayor tienen un carácter sindrómico, ya que cada uno de ellos constituye una forma de presentación de diferentes patologías; casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes también conocidos como los 4 gigantes de la Geriátrica (Inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo.) son condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente adulto mayor, que ocurren cuando los efectos de la acumulación de deterioros, en múltiples sistemas, tornan a una persona vulnerable ante demandas fisiológicas o fisiopatológicas y que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano, y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social.

En la provincia De Santa Elena constituye uno de los problemas de salud que no puede ser la excepción, ya que la incidencia de casos de Síndromes Geriátricos

ha avanzado progresivamente, podemos presenciar los diferentes casos de enfermedades en su etapa degenerativa causa algunas complicaciones que impiden de una u otra forma el desarrollo del paciente como ser biopsicosocial dentro de una población, es por esto que como futuros profesionales de salud se ha decidido realizar la presente investigación de la “Identificación de los Factores de Riesgo que Influyen en los Grandes Síndromes Geriátricos en el Centro del Adulto Mayor” corroborando y haciendo énfasis en que se estudiaran cuatro principales síndromes que son: (Inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo.)

Como alumnos de la carrera de enfermería, interesados en la salud de toda la comunidad, en especial de la localidad Santa-Elenenses, donde los Síndromes Geriátricos se evidencian, es así que hemos tomado el Centro de Atención del Adulto Mayor de Santa Elena, para implementar el siguiente estudio con el fin de prolongar la vida y a alcanzar el pleno desarrollo individual y colectivo del Adulto mayor, para mejorar la atención a los usuarios en el sistema de salud actual y que impiden la conservación de su salud.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo que influyen en los síndromes geriátricos en los adultos mayores del “Centro de Atención Integral del Adulto Mayor” Santa Elena durante el periodo 2012-2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

INVESTIGACIÓN

1. Identificar los factores de riesgo que influyen en los Grandes síndromes geriátricos.
2. Determinar el problema de mayor prevalencia en los síndromes geriátricos en el Adulto Mayor.
3. Analizar las consecuencias que afecta la calidad de vida del Adulto Mayor.
4. Diseñar una guía una de cuidados del Adulto Mayor en los grandes síndromes geriátricos para mejorar su calidad vida.

HIPÓTESIS

Si se controla los Factores de Riesgos para los síndromes geriátricos, entonces disminuye las afectaciones en el nivel de vida del Adulto Mayor.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

El viejo aforismo «la vejez es en sí misma enfermedad» ha planeado desde siempre sobre el campo de la gerontología, y aunque la moderna gerontología confirma el carácter fisiológico del envejecimiento humano, también es cierto que la caída de la vitalidad condicionada por el envejecer aumenta la vulnerabilidad del anciano a padecer enfermedades e incapacidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente como una ausencia de enfermedad»; esta definición adquiere en geriatría un relieve especial al incluir tanto las alteraciones físicas y mentales como las circunstancias socioeconómicas y personales. El concepto de anciano sano no está ligado siempre al de ausencia de enfermedad, y quizás, como bien recuerda también la OMS, «la salud del anciano se mide en términos de función».

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos.

El fenómeno del envejecimiento de forma global, y principalmente sus aspectos biológicos, fisiológicos y patológicos obligan al personal sanitario a conocer las peculiaridades del anciano enfermo para mejorar la calidad de su asistencia, así como la necesidad de crear recursos específicos que ubiquen al anciano en el lugar adecuado según sus necesidades socio sanitarias, gestionando óptimamente los medios de los que disponemos.

En el estudio realizado en México por Hyver, Carlos. Leónb Tereza. Martínez Lorenza “Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados (2010) nos dicen que como conclusión:

“la prevalencia de los síndromes geriátricos en nuestra población está determinada por el nivel socioeconómico y por la edad (viejos-viejos). El conocimiento de los principales síndromes geriátricos reportados permite implementar acciones específicas que disminuyan su presentación, por medio de programas de educación e información dirigidos tanto a médicos y personal paramédico, como a familiares y los propios pacientes.”

Este tema sobre síndromes geriátricos, aborda diferentes determinantes, por lo que es importante establecer los factores de riesgos, e implementar la educación, fomento de la salud en los adultos mayores y familiares, es tan importante la promoción de la salud para prevenir o disminuir el grado de afectación de patologías.

En Italia, Monteverde 2008 la Dra. Terres de l’Ebreños realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer la prevalencia de síndromes geriátricos (SG) de la población mayor de 89 años de una zona de trabajo rural.

Obtuvo como resultado que La mayoría de los adultos mayores presentaron deterioro funcional (65%), seguido de deterioro cognitivo (55%), la deprivación visual y la probable depresión ocupan un 52% respectivamente, en la mitad de esa población (50%) se observa deprivación auditiva, riesgo de malnutrición (42%), estreñimiento (42%), incontinencia urinaria (40%), caídas (23%), disfagia (20%), síndrome confusional (18%), incontinencia fecal (13%), inmovilidad (13%), deshidratación (5%) y se sitúa en el mínimo porcentaje las úlceras por decúbito (3%).

En el Ecuador en el año 2007 el Ministerio de Salud Pública promulgó las Políticas de Salud al incorporar al modelo como una de ellas, centrado en la familia, la comunidad con enfoque intercultural, de género, intergeneracional y territorial basado en los principios de la Atención Primaria de Salud, que permitió hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución vigente.

El modelo, al promover, conservar, recuperar la salud de la población ecuatoriana, toma en cuenta a las personas adultas mayores, como sujetos de derechos (dadas las condiciones limitadas de accesibilidad física, económica, cultural y social a los servicios de salud y sociales.

En nuestro medio no existen estudio sobre el tema de “grandes síndromes geriátricos” es necesario recabar datos con el fin de ayudar y aportar a la comunidad con nuevos estudios que nos permitan tener información de nuestra población adultos mayores en especial de los grandes síndromes geriátricos y los factores de riesgos.

1.2. FUNDAMENTACION CIENTIFICA

1.2.1. GRANDES SINDROMES GERIÁTRICOS:

Tientti et al, (1995) definieron a los grandes síndromes geriátricos como *“Condiciones de salud multifactoriales que ocurren cuando se acumulan los efectos de los déficits en múltiples sistemas y vuelven a las personas mayores vulnerables a cambios situacionales o enfermedades”*.

Los grandes síndromes geriátricos son síntomas de la acumulación de enfermedades, que afectan las actividades de los adultos mayores en su vida cotidiana.

1.2.2. CLASIFICACIÓN DE LOS GRANDES SINDROMES GERIÁTRICOS

Gómez, Adela (2005) dice que “Los grandes síndromes geriátricos también conocidos como los 4 gigantes de la geriatría incluyen: inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo”.

1.2.3. CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS GRANDES SINDROMES GERIATRICOS

Los grandes síndromes geriátricos comparten las siguientes características:

Elevada frecuencia: su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años, pero aumentan aún más si se consideran determinados grupos, como son los mayores de 80 años, las personas hospitalizadas o los residentes en instituciones.

Tras su aparición, todos ellos originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización del anciano.

En muchos casos, su aparición es prevenible y si se diagnostican adecuadamente, son susceptibles de tratamiento práctico siempre.

Su abordaje diagnóstico y terapéutico requiere valoración integral, abordaje interdisciplinario y correcto uso de los niveles asistenciales.

1.2.4. CAIDAS: SEGÚN OMS

La OMS (1999) define la caída *“Como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.”*.

Las caídas son eventos involuntarios que provocan lesiones traumáticas que pueden ser leves hasta muy severas, disminuyendo la capacidad del adulto mayor para realizar actividades normales dentro de su vida diaria.

1.2.5. FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS

Inestabilidad: en el proceso de envejecimiento se producen cambios en los mecanismos que mantienen el equilibrio y su respuesta ante su pérdida por lo que la edad avanzada constituye un factor de riesgo

Alteraciones visuales y auditivas: es propio la aparición de patologías en estos sistemas lo que provoca la disminución de la capacidad de orientación con respecto al ambiente.

Enfermedades crónicas y agudas: la comorbilidad constituye un factor de riesgos para las caídas; enfermedades cardíacas, neurológicas y osteo articulares se combinan en muchos casos. Enfermedades de curso agudo como deshidratación, anemia, procesos sépticos se instalan con frecuencia y aumentan el riesgo de caer. Aproximadamente la mitad de las caídas obedecen a causas puramente mecánicas, como tropezar, chocar, mala pisada, etc. Y un 80% se producen en el domicilio esto ha creado una preocupación creciente en la sociedad actual.

Estos elementos nos permiten dividir a los adultos mayores con caídas en dos grandes grupos clínicos: aquellos que sufren caídas a la repetición y en aquellos que son ocasionales, o se trata de un único episodio, generalmente en un paciente mayor no frágil y que ocurre fuera del hogar y donde los factores del entorno tiene un papel preponderante, el 22% de las caídas las producen factores de riesgos , que en su mayoría son evitables, como son: tipo de suelo, iluminación de la vivienda inadecuada, muebles y objetos fuera de lugar, presencia de cables eléctricos en el piso, animales domésticos, medios de transportes, calles, plazas y jardines

1.2.6. CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS EN LOS ANCIANOS

Consecuencias físicas: las más graves son las fracturas, entre ellas la fractura coxofemoral, esta con una tasa de mortalidad de entre el 12 y el 20%. El 60% presenta reducción de la movilidad y el 25% aumenta su dependencia funcional previo al accidente. Otros aspectos físicos incluyen el riesgo de sufrir complicaciones por la inmovilidad.

Consecuencias psicológicas: después de una caída se producen cambios en el paciente y su familia, por una parte hay reducción de movilidad y aumento de la dependencia para las actividades cotidianas, al principio secundario al dolor y más tarde por temor a caer. La familia en general sobreprotege después de una primera caída, aumentando la inmovilidad y dependencia del paciente.

Consecuencias funcionales: se traduce en la incapacidad para la movilización a causa del daño físico o por el miedo a volver a caer, la mitad de los que sufren una caída no recuperan el nivel funcional previo al accidente.

1.2.7. INCONTINENCIA URINARIA: SEGÚN

International Continence Society (1998) define a la incontinencia urinaria como *“La emisión involuntaria de orina objetivamente demostrable y que origina un problema social”*.

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de la orina que perturba la personalidad y autoestima del adulto mayor repercutiendo en la salud, ya que es un problema social.

1.2.8. REPERCUSIONES DE LA INCONTINENCIA URINARIA: SEGÚN

Dra. Expósito Blanco, Ana. (2005)

- Sobre la salud física :
 - Infecciones urinarias
 - molestias cutáneas

- Sobre el bienestar psicológico
 - Vergüenza
 - Aislamiento
 - Depresión
 - Dependencia

Consecuencias sociales:

- Estrés en la familia, los amigos y los cuidadores.
 - Abandono de las actividades domésticas y sociales.
 - Predisposición a la institucionalización.
-
- Costes económicos :
 - Dispositivos (pañales, bolsas de diuresis...)
 - Lavandería
 - Trabajo por parte del personal de enfermería y cuidadores.
 - Tratamiento de las complicaciones (hospitalización)

1.2.9. CLASIFICACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA:

Incontinencia de esfuerzo: es aquella que debido al aumento de la presión intraabdominal provoca el escape de orina. Esta se presenta en eventos como toser, reírse, mover o cargar un objeto pesado etc.

Incontinencia de urgencia: o también llamada por hiperactividad del detrusor que lleva al paciente a una sensación imperiosa de orinar y que no puede controlar.

Incontinencia por rebosamiento: es aquella que se caracteriza por una pérdida constante de orina y en pequeñas cantidades producto de un vaciamiento incompleto y un residuo vesical cada vez mayor lo que lleva al rebalse.

Incontinencia funcional: es la incapacidad de contener la orina cuando la necesidad de micción se produce, produciéndose el escape de orina antes de evacuar.

Incontinencia mixta: combina al hiperactividad del detrusor junto con la incontinencia de esfuerzo.

Incontinencia total: ocurre por una falla intrínseca en la función del esfínter o por la presencia de una fistulización anormal en el tracto urinario.

PORQUE SE PRODUCE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Porque la uretra pierde su capacidad de cierre el llenado de la vejiga, siendo incompetente para evitar el escape de la orina

- Porque la vejiga se contrae y vacía sin poderlo evitar, la persona pierde el control voluntario sobre su vejiga, resultándole imposible mantenerla hasta encontrar el momento y lugar adecuados.
- Por un mal funcionamiento combinado de la vejiga y la uretra.

El envejecimiento conlleva cambios en el aparato urinario e intestinal, así como disfunciones en el vaciamiento, considerados los problemas gerontológicos más comunes. Estos problemas no afectan a todas las personas por igual, es la combinación de las transformaciones fisiológicas unidad al envejecimiento con otros factores lo que resulta determinante

1.2.10. CONSECUENCIAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Candidiasis
- Celulitis y lesiones por humedad, por la constante humedad e irritación de la piel;
- Infecciones y sepsis urinarias en relación con el empleo de catéteres y la retención urinaria;
- Caídas y fracturas al resbalarse con la orina;
- El insomnio debido a la nicturúa en el cuidado nocturno en instituciones.

La incontinencia urinaria también genera morbilidad psicológica. En muchos de los casos, ocasiona sentimientos que indican estrés mental y baja autoestima, como vergüenza, preocupación, angustia, apuro, miedo a oler mal, desesperanza, sentirse nada o poco atractivo y ansiedad ante el problema.

La incontinencia urinaria deteriora de forma significativa la calidad de vida de la persona que la padece y de su familia y provoca en los cuidadores una importante

carga física, siendo además, uno de los factores asociados a la persistencia de la presión del cuidador principal. Por ello es fundamental la detección precoz de este problema, que tiene impacto psicológico y social.

ESFERA FÍSICA	Úlceras por presión, Eritemas perianales, Infecciones recurrentes de las vías urinarias, Caídas (especialmente con la incontinencia nocturna)
ESFERA PSÍQUICA	Depresión, Aislamiento, Dependencia
ESFERA SOCIAL	Estrés en familia, amigos y cuidadores Predisposición a la institucionalización
ESFERA ECONÓMICA	Aumento de los costos económicos (lavandería, manejo de las complicaciones, labor de enfermeras y cuidadores)

1.2.11. INMOVILIDAD SEGÚN: AUTOR

Salinas. Ricardo, (2008) define a la inmovilidad en el *“Descenso para desempeñar las actividades de la vida diaria, por deterioró de las funciones motoras. Se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva, y, en casos severos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulaci3n”*.

La inmovilidad es la disminuci3n de la capacidad de desplazamiento para realizar actividades sean estos por problemas físicos, funcionales u otros, que sobresaltan la salud.

1.2.12. CAUSAS DE INMOVILIDAD

- Las enfermedades agudas en general.
- Las enfermedades cr3nicas que producen invalidez: músculo esqueléticas, neurológicas, cardiovasculares.
- Los déficits sensoriales.

- Antecedentes de caídas.
- Iatrogenia farmacológica.
- Las barreras arquitectónicas.
- Conflictiva situación social

Las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. La debilidad puede deberse a desuso de la musculatura, mal nutrición, alteraciones de electrolitos, anemia, desórdenes neurológicos o miopatías. La causa más común de rigidez es la osteoartritis; pero el parkinsonismo, la artritis reumatoide, gota y pseudogota también ocurren en este grupo etáreo.

El dolor ya sea del hueso (por ej.: osteoporosis, osteomalacia), articulaciones (por ej.: osteoartritis, artritis reumatoide, gota), o musculo (por ej.: Polimialgia reumática, claudicación intermitente), pueden inmovilizar al paciente.

Capítulo aparte constituyen los problemas en los pies ya que son extremadamente frecuentes e incluyen verrugas plantares, úlceras y alteraciones distróficas de las uñas. El calzado inadecuado es causa frecuente de estas afecciones.

La alteración del equilibrio y temor a las caídas son de las mayores causas de inmovilidad.

El desequilibrio puede ser el resultado de debilidad general, causas neurológicas (ej.: pérdida de reflejos posturales, neuropatía periférica, debida a diabetes, alcohol o mal nutrición), ansiedad, hipotensión ortostática o hipotensión

postprandial, o drogas (ej.: Diuréticos, hipertensivos, neurolépticos, y antidepresivos) o puede ocurrir siguiendo a un prolongado reposo en cama.

Condiciones psicológicas como ansiedad severa, depresión, pueden producir o contribuir a la inmovilización. También es destacable que la condición de postración puede tener algunos aspectos gananciales para ciertos pacientes, como es el hecho de ser más atendidos y contar con apoyos económicos

1.2.13. CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD

Sociales: pérdida de trabajo, de actividades de esparcimiento, de relaciones interpersonales, de la capacidad de cuidar a otros y a sí mismo.

Psicológicas: depresión, temor a caídas, pérdida de control e incapacidad aprendida.

Físicas: puede llevar a caídas, incontinencia o retención, pérdida de fuerza y capacidad aeróbica, alteraciones metabólicas (disminución de la glucosa), úlceras por decúbito, contracturas

ALTERACIONES FISIOLÓGICAS ASOCIADAS A DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

- **Sensoriales**

Disminución sensibilidad propioceptiva y parestesias

Tiempo de reacción lento

Disminución de los reflejos correctores

- **Motoras**

Pérdida de masa muscular

Disminución de las contracciones voluntarias máximas

Cardiovasculares

Disminución de la capacidad aeróbica máxima

1.2.14. DETERIORO COGNITIVO SEGÚN: AUTOR

Oswaldo, Fustinoni (2002) *El deterioro cognitivo “es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.”*

El deterioro cognitivo es la disminución de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad.

DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR

El deterioro cognitivo se define como una pérdida o reducción, temporal o permanente, de varias funciones mentales superiores, en personas que las conservaban intactas previamente.

Esta definición incluye cuadros muy definidos como el síndrome confusional agudo (secundario a infecciones, anemia, patología que afecta a cualquier sistema, ingresos hospitalarios, cambio de domicilio, etc.), o como la demencia de diferentes causas (enfermedad de Alzheimer, etiología vascular, formas mixtas, etc.); pero también engloba otros cuadros no tan definidos, vinculados o no a problemas de salud, que habitualmente se conocen como trastorno cognitivo asociado a la edad, deterioro cognitivo leve, etc.

La frecuencia del deterioro cognitivo varía ampliamente de unos colectivos a otros; así, en los ancianos que viven en la comunidad, afecta a un 15% de los mayores de 65 años, incrementándose su frecuencia en función de la edad, de modo que en personas que superan los 80 años, su frecuencia casi se duplica (25-30%). En pacientes hospitalizados, la frecuencia del deterioro cognitivo se aproxima al 25% y finalmente, es en el colectivo de ancianos institucionalizados en el que este síndrome es más frecuente (50-65%).

Dada la definición del síndrome de deterioro cognitivo, que como se ha señalado engloba cuadros muy diversos en cuanto a su origen, síntomas, gravedad, etc., su etiología es obviamente aún más compleja que la de los síndromes ya descritos: infecciones agudas, enfermedad cardiovascular, alteraciones neuropsiquiátricas, hidroelectrolíticas y metabólicas, retención urinaria, impactación fecal, inmovilidad, fármacos.

1.2.15. CONSECUENCIAS DEL DETERIORO COGNITIVO

En los estadios más avanzados, son las siguientes: ansiedad, depresión, insomnio, caídas, inmovilidad, incontinencia, riesgo aumentado de infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, cambio de carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador, elevado consumo de recursos sociosanitarios e institucionalización.

CAUSAS DE DETERIORO COGNITIVO

- Enfermedades psiquiátricas (ansiedad, depresión, psicosis)

- Enfermedades neurológicas (cerebrovascular, degenerativa, etc.)
- Enfermedades sistémicas (insuficiencia respiratoria, etc.)
- Fármacos
- Abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc.)
- Traumatismo craneoencefálico
- Infecciones
- Anoxia
- Envejecimiento

SÍNTOMAS DE ALARMA

- Pérdida de memoria que afecta las capacidades en el trabajo: citas, nombres, números de teléfono.
- Dificultad en realizar tareas cotidianas.
- Problemas de lenguaje: olvido y sustitución de palabras.
Desorientación en tiempo y lugar.
- Pobreza de juicio: vestidos inapropiados y conductas anómalas.
- Problemas en el pensamiento abstracto: olvido del significado del dinero, problemas en evaluar semejanzas, en comprender refranes.
- Perder cosas o ponerlas en lugares incorrectos.
- Cambios en el humor y la conducta.
- Cambios en la personalidad.
- Pérdida de iniciativa: pasividad y necesidad de estímulo constante.

1.2.16. INSOMNIO

Santiago Ayala, Victoria, Valencia Flores, Matilde, Alejandra Castaño Meneses, Cantú Brito, Carlos G y, García Ramos, Guillermo definen *“El insomnio se define como la dificultad recurrente para iniciar el sueño, mantenerlo o para obtener una calidad adecuada del mismo, lo cual ocurre a pesar tener la oportunidad en tiempo y condición apropiada para dormir, dando como resultado alguna forma de alteración diurna.”*

El insomnio es una de los trastornos cognitivo, alteración de los patrones de sueño que afecta con mayor frecuencia al adulto mayor, ya que en esta etapa existe un deterioro de funciones cognitivas.

1.2.17. RIESGOS

Es toda probabilidad que ocurra un evento no deseado.

1.2.18. FACTORES DE RIESGOS SEGÚN OMS

“Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.

El factor de riesgo es aquella circunstancia del medio en que se desenvuelve la persona que aumenta la probabilidad de contraer un problema de salud o enfermedad.

1.2.19. ENVEJECIMIENTO

Fernández Braña, Sonia (2011) dice que” El envejecimiento, definido como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen

múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos”.

El envejecimiento es un conjunto de cambio o de modificaciones que se producen en el organismo del individuo y se ve afectado por diferentes factores sean estos: biológico, psicológico y social.

1.2.20. FACTOR DE RIESGO BIOLÓGICO

Fernández Braña, Sonia (2011) En el envejecimiento patológico o senilidad, a nivel biológico hay descompensación en las enfermedades ocurriendo hospitalizaciones frecuentes.

El factor de riesgo biológico es todo aquellos agentes patógenos que afectan la salud de todo ser vivo, causando enfermedades.

Se acepta en general que los procesos metabólicos, fisiológicos y bioquímicos cambian en la medida en que avanza la edad del individuo y estos cambios tienden a tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del anciano. El descenso en la agudeza del gusto, el olfato, la visión y el oído puede interferir con el acto de la deglución y el disfrute de los alimentos. La pérdida de piezas dentarias y la dentadura protésica mal ajustada interfieren aún más con la deglución.

1.2.21. ALIMENTACIÓN

Grande Covián (1984) “Como el proceso mediante el cual tomamos del mundo exterior una serie de sustancias que, contenidas en los alimentos que forman parte de nuestra dieta, son necesarias para la nutrición. El alimento

es, por tanto, todo aquel producto o sustancia que una vez consumido aporta materiales asimilables que cumplen una función nutritiva en el organismo”.

La alimentación es un conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo y estos deben ser de buena calidad para poder ser consumidos.

1.2.22. INGESTA DIARIA DE ALIMENTOS DEL ADULTO MAYOR

Castillo Cecilia (2009) En lo posible deben comer cuatro veces al día: desayuno, almuerzo, cena y una colación a media mañana. Las personas mayores suelen no comer en la noche, sin embargo, es importante mantener siempre una comida liviana al atardecer que evitará un largo período de ayuno y mejorará una serie de funciones metabólicas en el organismo.

En los adultos mayores se debe tener en cuenta la alimentación que debería ingerir diariamente ser de 3 a 4 veces al día, ya que esto ocasiona un gran problema, ya que una alimentación saludable puede ayudar a alcanzar y mantener el funcionamiento óptimo del organismo, a conservar o restableces la salud, y así disminuir el riesgo de padecer enfermedades.

1.2.23. RIESGO PSICOLÓGICO

Fernández Braña, Sonia (2011) En el orden psicológico, se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa.

El riesgo psicológicos en los adulto mayores es aquella sé que sufren sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

1.2.24. PERDIDA DE MEMORIA

Giménez Belén (2012) “La pérdida de memoria en la vejez (trastorno cognitivo leve) comprende una serie de trastornos en la capacidad cognoscitiva, es decir, trastornos de memoria y una capacidad de retentiva muy limitada. Además, a los afectados les resulta muy complicado concentrarse por un largo periodo en una misma tarea. Estas alteraciones van mucho más allá de la disminución del rendimiento propia del envejecimiento.”

Es necesario poner énfasis en el Adulto Mayor cuando presenta deterioro mental ya que es una enfermedad que limita la capacidad cognoscitiva por ende determina la pérdida del rendimiento en el A. Mayor.

Entre las enfermedades que producen la pérdida de la memoria se encuentran: enfermedad de Alzheimer, los trastornos emocionales, entre otras.

1.2.25. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

Es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro. Por lo general, la Enfermedad de Alzheimer comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. A medida en que avanza la enfermedad, se van deteriorando las capacidades cognitivas, entre ellas la capacidad para tomar decisiones y llevar a cabo las tareas cotidianas, y pueden surgir modificaciones de la personalidad, así como conductas

problemáticas. En sus etapas avanzadas, la Enfermedad de Alzheimer conduce a la demencia y finalmente a la muerte.

1.2.26. EMOCIÓN:

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.

Existen 6 categorías básicas de emociones.

- **MIEDO:** Anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad.
- **SORPRESA:** Sobresalto, asombro, desconcierto. Es muy transitoria. Puede dar una aproximación cognitiva para saber qué pasa.
- **AVERSIÓN:** Disgusto, asco, solemos alejarnos del objeto que nos produce aversión.
- **IRA:** Rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad.
- **ALEGRÍA:** Diversión, euforia, gratificación, contentos, da una sensación de bienestar, de seguridad.
- **TRISTEZA:** Pena, soledad, pesimismo.

1.2.27. RIESGOS SOCIALES:

Salvarezza, (1988) apunta que todo hombre, por naturaleza, es un ser social y que su psicología debe entenderse siempre. Es por ello que se debe analizar como asume la sociedad la vejez y como viven la vejez los propios ancianos.

1.2.28. VIVIENDA: SEGÚN OMS

La OMS (1990) define a la vivienda saludable como “Aquella que es capaz de brindar protección contra lesiones evitables y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos”.

La vivienda es aquella estructura física que proporciona refugio y protegiendo de las condiciones climáticas y de otras circunstancias.

1.2.29. ACTIVIDADES FÍSICAS:

Son todas las actividades físicas que pueden desarrollarse en el tiempo libre con diversas finalidades recreativas, lúdicas, educativas, compensatorias, deportivas, competitivas...) sin importar el espacio en que se desarrollen, el número de participantes y el cuadro o nivel de organización.

1.2.30. SERVICIOS BÁSICOS:

Servicios indispensables para la salud de una comunidad

Agua Potable: es aquella que llega a los hogares libre de toda impureza, incolora e inodora, es decir en condiciones sanitarias apropiadas para el consumo humano.

Energía Eléctrica: Es uno de los servicios básicos que la empresa encargada tiene como función primordial atender las demandas de servicio eléctrico al sector residencial, comercial, industrial y alumbrado público en las calles y avenidas de

la urbe, adicionalmente debe dotar del adecuado sistema lumínico de carácter ornamental en plazas, parques, centros turísticos y templos de la ciudad.

1.2.31. CALIDAD DE VIDA

Darnton (1995), dice” la calidad de vida de los adultos mayores, está determinada por la valoración que ellos hacen del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y por el funcionamiento físico, social y mental, es decir, de la valoración global que realiza de su salud y de su enfermedad.

La calidad de vida en el adulto es determinada por diferentes circunstancias que afectan la salud, que pueden ser físicas, social y mental.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

1.2.32. Teoría Virginia Henderson (1909)

Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

Las necesidades humanas básicas según Henderson.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1°.- Respirar con normalidad.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente.

- 3°.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5°.- Descansar y dormir.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal.
- 8°.- Mantener la higiene corporal.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno.
- 10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

1.2.33. Teoría “De Sistemas Conductuales” Johnson.

Johnson se centró en la respuesta de la persona al estrés de la enfermedad y cómo iban a reaccionar a estas tensiones); Johnson publicó su "Modelo de Sistemas Conductuales" en 1980. En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad".

En la que explica que se debe de considerar a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el complicaciones.

Los subsistemas según Dorothy E. Johnson son siete:

- **De dependencia:** promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física. La conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.
- **De alimentación:** tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuanto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos.
- **De eliminación:** se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él.
- **Sexual:** obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual.
- **De agresividad:** consiste en proteger y conservar, y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.
- **De realización:** su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar un cierto grado de

superación. Se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.

- **De afiliación:** proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad y formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte.

La teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson se refiere a una meta paradigma ya que estudia un conjunto de teorías; persona, salud, cuidado y entorno. Según el Modelo, los conceptos del meta paradigma enfermero:

Persona: Es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.

Entorno: Hace referencia a un entorno externo e interno de la persona, aunque no lo explica.

Salud: Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.

Cuidado: Es una fuerza de regulación externa (en este caso el/la enfermera/o), con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema Conductual.

Por otro lado Johnson desarrolló su modelo basándose en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.

La teoría Johnson es un modelo de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés. Requisitos funcionales de cada subsistema incluye

1. Protección de las influencias nocivas,
2. Provisión para el ambiente de consolidación, y
3. La estimulación del crecimiento.

Cualquier desbalance en un sistema da como resultado un desequilibrio. Es función de la enfermería para ayudar al paciente a volver al estado de equilibrio. La teoría Johnson es un modelo de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés.

1.2.34. ETIQUETA DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA PRINCIPALES EN LOS ADULTOS MAYORES

- ✓ Deterioro de la movilidad física
- ✓ Deterioro de la memoria
- ✓ Deterioro de la interacción social
- ✓ Déficit de actividades recreativas
- ✓ Insomnio
- ✓ Riesgo de confusión aguda
- ✓ Riesgo de caídas
- ✓ Riesgo de soledad
- ✓ Riesgo de estreñimiento
- ✓ Riesgo de glucemia inestable

- ✓ Deterioro de la eliminación urinaria
- ✓ Ansiedad ante la muerte

1.3. MARCO LEGAL

1.3.1. DERECHO DEL ADULTO MAYOR

La constitución de la República del Ecuador dispone en la sección primera los siguientes artículos:

Artículo 36.- “Las personas Adultas Mayores recibirán atención prioritaria especializada en los ámbitos públicos 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”.

En el **Artículo 37**, numerales 1, 2,7. “El estado garantizara a las personas Adultas Mayores los siguientes derechos: **numeral 1.** La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas; **numeral 2.** El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones, **numeral 7.** El acceso a una vivienda que asegure una vivienda digna, con respeto a su opinión y consentimiento”

El **artículo 38**, señala que: “El estado establecerá política 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 diferentes propias de las personas , comunidades, pueblos y nacionalidades asimismo, fomentara el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas,” en los numerales 1, 2, 4, 5, 6, 8, y 9 indica que:

“En particular, el Estado tomara medidas de: Numeral 1. Atención en centros especializados que garanticen, su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente. **Numeral 3** Desarrollo de programas y políticas que destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social. **Numeral 4**. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque estas situaciones. **Numeral 5**. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales. **Numeral 6**. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencia. **Numeral 8**. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. **Numeral 9**. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

En cuanto a sanción la ley penara el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o institución establecidas para su protección.

1.3.2. LEY ORGÁNICA DE SALUD

La ley orgánica de salud como ente regulador del sistema del sistema nacional de salud estableció en los siguientes artículos 4, 6, 7,13 para la atención primaria y comunitaria de las personas Adultas Mayores:

Artículo 4. “La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de cumplimiento de esta ley; y las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.

Artículo 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: NUMERAL 3 “Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”.

Artículo 7. “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: **a)** Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; **b)** acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República.

Artículo 13. “Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporaran el desarrollo del autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de sus integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

1.3.3. DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES EN CONTRA DEL ANCIANO.

Artículo 22. Se consideran infracciones en contra del Anciano.

- a) Los malos tratos dados por familiares o particulares;
- b) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas en esta ley.
- c) La agresión de palabra o de obra, efectuados por familiares o por parte de terceras personas.
- d) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, como en su seguridad.

- e) El desacato, la negativa, negligencia o retardo en que incurran los funcionarios públicos, representantes legales o propietarios de centros médicos, en la presentación de servicios a las personas de la tercera edad, especialmente a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente ley; y, (RO.N°43924-X-2001)

El incumplimiento por parte de los empresarios de transporte aéreos o terrestre, de empresas turísticas, centros deportivos, recreacionales o culturales, en dar cumplimiento a las rebajas previstas en el artículo 15 de la Ley del Anciano.

1.4. MARCO CONCEPTUAL

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Son aquellas actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo, como ser: vestido, alimentación, higiene, movilización, etc.

AUTOESTIMA: Como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal.

AUTOCUIDADO: Acto propio del individuo para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar a través de un conjunto de prácticas enfocadas al cambio de costumbres y hábitos de naturaleza social y cultural que integran a las personas con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

APOYO SOCIAL: Es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).

AISLAMIENTO SOCIAL: en los ancianos se ha convertido en un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades y discapacidades.

CAPACIDAD: Se refiere a los recursos y aptitudes que tiene un individuo, entidad o institución para desempeñar una determinada tarea.

ENVEJECIMIENTO: Es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

ESTADO DE SALUD: Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

GERIATRÍA: Rama de la gerontología y de la medicina que trata de la salud de las personas y de la edad avanzada en todos sus aspectos: preventivo, clínico, terapéutico de rehabilitación y vigilancia continua.

GERONTOLOGÍA: Ciencia que estudia todos los aspectos de envejecimiento (sanitario, sociológicos, económicos, relativos al comportamiento ambiental y otros).

INCIDENCIA: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

MEDIDAS DE SEGURIDAD: Se refiere a la ausencia de riesgos, es seguridad, es decir aquello que está exento de peligro, daño o riesgo.

PREVALENCIA: Se entiende como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.

SINDROMES GERIÁTRICOS: Son situaciones de enfermedades expresadas por un conjunto de síntomas originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que se manifiestan a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales

TRASTORNO SOCIAL: Se trata de un conjunto de trastornos caracterizados por retrasos y alteraciones cualitativas en el desarrollo de las áreas sociales, cognitivas y de comunicación, así como un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de conductas, intereses y actividades.

TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD FÍSICA: Es una alteración severa puede ser el no poder hacer sus actividades del hogar por sí solo y por ende requerir de ayuda externa; sin embargo, esta misma alteración en un adulto mayor en reincidencia de cuidados prolongados, podría considerarse de leve a moderada,

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativa:

Según, Hernández, F. Baptista (2008), *considera que el enfoque cuantitativo “permite examinar los datos de manera numérica, intentando aproximar y dar validez a las disciplinas sociales en la medida que busca definirlos, limitarlos y cuantificar cada uno de sus elementos.”*

Es cuantitativa porque se realizó la medición y cuantificación de los Factores de Riesgos que influyen en los Grandes Síndromes Geriátricos, así como nos dice el autor Hernández, esta investigación nos permitió examinar datos numéricos que fueron la parte más importante de la investigación y sobre todo la obtención de datos claros y confiables.

Es un estudio descriptivo porque va a dar a conocer las situaciones o circunstancias en donde se desarrollan los diferentes factores de riesgos sean estos físicos, psicológicos, y sociales.

Es un estudio transversal, porque apunta a un momento y un tiempo determinado de nuestra investigación.

2.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación utilizamos el método deductivo, ya que partimos de aspectos generales o universales, como son los grandes síndromes geriátricos, para llegar a situaciones particulares o individuales que son los factores de riesgos que influyen en los problemas geriátricos.

2.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Se utilizaron varios tipos de investigación:

2.3.1 Investigación documental

Arias (2004) expresa que la investigación documental “es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas”.

El presente trabajo investigativo tendrá el carácter documental, ya que se partirá desde el sustento de otras fuentes impresas al realizar la revisión bibliográfica para la documentación del marco teórico, al mismo tiempo, nuestro estudio será descriptivo ya que permite describir los aspectos del objeto de estudio.

2.3.2 Investigación de Campo.

Arias (2004) “consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables alguna”.

Esta investigación es de campo porque nos permite obtener los datos de manera directa.

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Según el diccionario de la RAE (2001) define a la población, en su acepción sociológica, como “Conjunto de los individuos o cosas sometidos a una evaluación estadística mediante muestreo”.

La población del centro de atención del adulto mayor es de 65 adultos mayores de los cuales se tomó una muestra de 60, que son los que participan en el trabajo de investigación.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

V. INDEPENDIENTE

V. DEPENDIENTE



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

Factores de riesgos.- Son aquellas situaciones del ambiente en el que se desenvuelve el individuo y que están pueden o no repercutir en la salud. El adulto

mayor es un ser vulnerable, a los diferentes factores de riesgos, sean estos físicos, psicológicos, o sociales.

FACTORES DE RIESGOS.

Variable Independiente:

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<u>Biológico</u>	Enfermedad actual	Diabetes <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/>
	Alimentación	Muy Buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>
	Comidas del adulto mayor	De 4 a 5 veces al día <input type="checkbox"/> 3 veces al día <input type="checkbox"/> 2 veces al día <input type="checkbox"/> 1 vez al día <input type="checkbox"/>
<u>Psicológicos</u>	Perdida de la memoria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Estado emocional	Alegre <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Deprimido/a <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/>

<u>Sociales</u>	Convivencia	Solo Cónyuge Hijos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Uso dispositivo de apoyo	Silla rueda Andadores Bastones Ninguno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Tipo de vivienda	Caña Mixta Hormigón Otros materiales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Suelo de la vivienda	De cemento De tierra Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Servicios Básicos	Si No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Variable dependiente:

Grandes Síndromes Geriátricos.-En nuestro estudio consideramos a los grandes síndromes geriátricos como condiciones de salud multifactoriales, que se originan por efectos de la acumulación de deterioros, en múltiples sistemas, en el adulto mayor.

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
INCONTINENCIA URINARIA	Perdida involuntaria de orina	Si No
	Frecuencia de pérdida involuntaria de orina	1 vez al día Varias veces al día Continuamente
	Cantidad de orina Expulsada por la incontinencia	Poca cantidad Mucha cantidad
CAIDAS	Antecedentes de caídas	Si No
	Frecuencia de las caídas	Hace 1 año Hace 1 mes Hace 1 semana Más de 3 semanas
	Horario de la caída	Mañana Tarde Noche
	Lugar de las caídas	Fuera de casa Dentro de casa
IMOVILIDAD FÍSICA	TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD FÍSICA Actividad física	Realiza Caminatas Realiza Aeróbicos Realiza Bailoterapia Ninguna Otras

DETERIORO COGNITIVO	ALTERACIONES COGNITIVAS	Si <input type="checkbox"/>
	Problema memoria Insomnio	No <input type="checkbox"/>
	ALTERACIONES PERCEPTIVAS	Problemas de visión <input type="checkbox"/>
		Problemas de audición <input type="checkbox"/>
		Problema de lenguaje <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

2.6. TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La observación: según. (Mohammad, 2009) la observación “es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. En la investigación se utilizó las técnicas de observación en el grupo de personas adultas mayores, en una visita se pudo observar la problemática de estudio.

La entrevista: Avilés (2003), señala: “Las entrevistas son utilizadas para recabar información en forma verbal a través de preguntas que propone el analista, es decir, la entrevista va a permitir obtener la información requerida del estudio, a través de grabaciones o mediante la elaboración de una guía”

Se utilizó la entrevista en nuestra investigación para dirigirnos a la directora del centro de Salud Integral Para Adultos Mayores con el objetivo de llevar a cabo nuestra investigación.

2.7. PRUEBA PILOTO

Fue necesario aplica las encuestas elaboradas por las autoras a ocho adultos mayores del Centro De Atencion Integral Del Adulto Mayor, para poder probar la eficacia de esta herramienta de investigación , por tanto se la ejecuto en un día, teniendo como resultado muy favorables y se demostró que las preguntas estuvieron bien estructuradas.

2.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó un oficio dirigido a la Lcda. Coordinadora del Centro De Salud Del Adulto Mayor, Lcda. Amanda Pavón, para que permita ejecutar el trabajo de investigación.

Consentimiento informado de los Adultos Mayores para llevar a cabo la encuesta.

2.9. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó utilizando el programa Microsoft Excel, con el cual se realiza tablas estadísticas para una mejor comprensión de datos. La presentación de los datos se hizo mediante gráficos estadísticos como: gráficos en pasteles o en barras, diferenciando un resultado del otro dando énfasis en su objetivo.

3.0. TALENTO HUMANO

AUTORAS:

Internas de Enfermería:

- Bailón Pincay Miryam Cristina
- Pilligua Mera Jessica Karina.

SUJETOS A INVESTIGAR:

- ❖ Adultos mayores

TUTORA:

- Lcda. Carmen Bailón Muñiz.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La recolección de los datos se efectuó con el objetivo planteado en la investigación en la cual se quiere determinar los factores de riesgo que influyen en los síndromes geriátricos en los adultos mayores. Una vez obtenidos los datos se procedió a realizar el análisis e interpretación de los resultados, fundamentándose en los grandes síndromes geriátricos y los factores de riesgos así como también en la teoría de Sistemas Conductuales de Johnson y la teoría Virginia Henderson sobre las necesidades básicas, la primera se refiere que el individuo es una serie de subsistema integral y la segunda teoría nos dice sobre las necesidades básicas que todo ser humano tiene para sentirse satisfecho.

1._ FACTORES DE RIESGOS

Con relación al primer objetivo específico de estudio que es “identificar los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos” en los resultados de investigación se observa que hay tres factores de riesgo entre ellos el biológico, psicológico y social que influyen en la aparición de diversas patologías y que afectan el estilo de vida del Adulto Mayor.

En el factor Biológico, respecto a las enfermedades el mayor porcentaje de 32% es la hipertensión en relación con la alimentación que el mayor porcentaje es de 65% que reciben refieren que la alimentación es buena, ya que esta ayuda mantener el buen funcionamiento del organismo del Adulto Mayor.

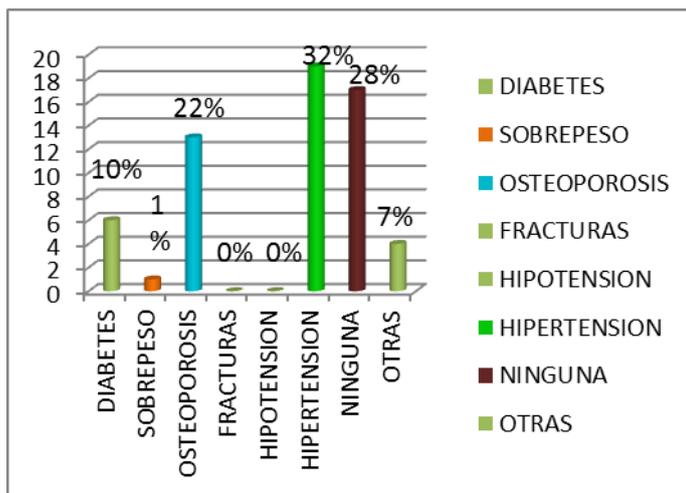
En el factor Psicológico el 70% de los Adultos Mayores recientemente padecen de pérdida de memoria lo cual puede producir diferentes problemas por su deterioro, mientras que el 63% a pesar de sus patologías, siempre mantienen un estado de alegría porque manifiestan que deben seguir adelante a pesar de las circunstancias de la vida.

En el aspecto social se evidencia con él 44% que los Adultos Mayores viven solos, que el 50% tiene suelo de cemento pero no en buenas condiciones lo cual puede originar problemas que se encuentran relacionados con los Síndromes Geriátricos, en relación a los Adultos Mayores que utilizan algún dispositivo de apoyo lo cual dificulta su deambulaci3n.

Se puede constatar que estos datos corresponden a los objetivos planteados y que se tomaran medidas respectivas para mejorar la calidad del Adulto Mayor.

FACTOR BIOL3GICO

ENFERMEDADES



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atenci3n Integral”.
Elaborado por: Pilligua J. y Bail3n M.

Gráfico #5

Esta investigaci3n tiene como universo 60 adultos mayores que acuden al Centro Integral del Adulto Mayor en Santa Elena, de los cuales se observa 26 de sexo femeninos y 34 de sexo masculino (anexo 7, tabla y gráfico 1).

En el gráfico #5 muestra que

el 19 de los Adultos Mayores corresponden al 32% que presentan Hipertensión Arterial, el 17 de Adultos Mayores que corresponde al 28% aparentemente dicen no padecer de ninguna patología, (Cuadro y grafico # 5), 13 de los Adultos Mayores tienen osteoporosis que es de 22% según la muestra.

La influencia que tiene las enfermedades en el Adulto Mayor es irreversible ya que provocan el déficit de funcionamiento de las actividades realizadas diariamente, la salud del adulto mayor debe ser primordial, según el **Artículo 7.** “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: **a)** Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; **b)** acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República.

En relación con la alimentación, los Adultos Mayores refieren que en el Centro de Atención Integral con el 65% la alimentación que reciben es buena, mientras que el 20% relata que es muy buena, y el 15% indica que es regular. La alimentación es un conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo y estos deben ser de buena calidad para poder ser consumidos. Según, Grande Covián (1984) La alimentación es el proceso mediante el cual tomamos del mundo exterior una serie de sustancias que, contenidas en los alimentos que forman parte de nuestra dieta, son necesarias para la nutrición. El alimento es, por tanto, todo aquel producto o sustancia que una vez consumido aporta materiales asimilables que cumplen una función nutritiva en el organismo.

En la ingesta diaria que tienen los Adultos Mayores el 31 de ellos ingieren 3 veces al día alimentos que corresponde al 51% de los cuales se mantienen en las

condiciones normales de consumo de alimentos diarios, de los cuales 28 de los Adultos Mayores consumen solo 2 veces al día alimentos correspondiente al 47% y solo 1 de los Adultos mayores ingiere alimentos al día correspondiente al 2%. Lo que significa que aproximadamente el mayor porcentaje de Adultos Mayores ingieren las veces que deben consumir los alimentos durante el día, ya que los demás por diferentes circunstancias no lo hacen.

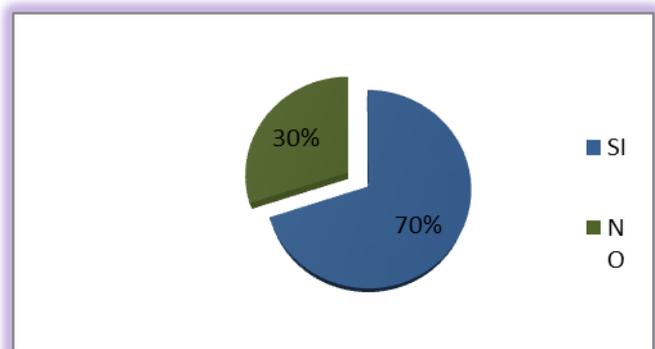
En el Marco Teórico señala, que una alimentación saludable puede ayudar a alcanzar y mantener el funcionamiento óptimo del organismo, a conservar o restablecer la salud, y así disminuir el riesgo de padecer enfermedades

FACTOR PSICOLÓGICO

FRECUENTE PERDIDA DE MEMORIA

Gráfico # 8

En el gráfico # 6 podemos evidenciar que el 30% de los adultos mayores no sufren pérdida de la memoria, mientras que el 70% si tienen episodios de pérdida de la



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”
Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

memoria, por el gran porcentaje que se encuentra al realizar la investigación hemos considerado un factor de riesgo muy importante.

Según el Marco Teórico dice que el deterioro cognitivo van mucho más allá de la disminución del rendimiento propio del envejecimiento ya que se manifiesta a

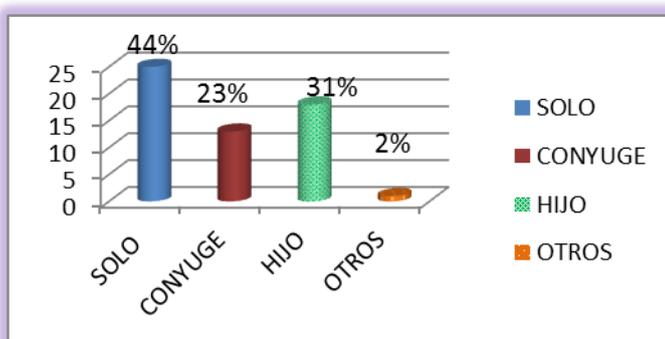
través de la pérdida de autoestima, autoconcepto y autoimagen .La pérdida de memoria en la vejez (trastorno cognitivo leve) comprende una serie de trastornos en la capacidad cognoscitiva, es decir, trastornos de memoria y una capacidad de retentiva muy limitada. Según la Dra. Giménez Belén (2012).

En el estado emocional se evidencia que a pesar de las situaciones que padecen por los diferentes problemas mantienen un estado de ánimo que se evidencia en la alegría mostrada con un 63% de los Adultos Mayores y con un 27% las personas permanecen deprimidas por los diversos factores que presentan y ninguno de ellos presenta ansiedad. (Tabla y grafico # 9)

FACTOR DE RIESGO SOCIAL

Gráfico # 10

CONVIVENCIA



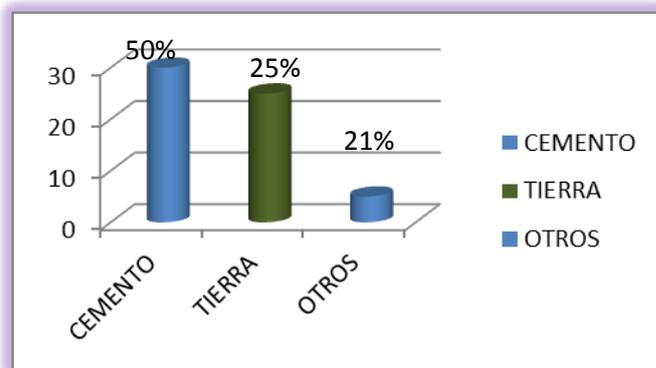
Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.
Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En el Grafico # 10 se observa que el 25 de Adultos Mayores vive solo que corresponde al 44%, el 18 de los Adultos Mayores que corresponde al 31 % viven con sus hijos, y 1 de ellos vive con otro familiar que nos da un valor de 2 %.

De acuerdo a la convivencia del Adulto Mayor pues se evidencia que es un factor de riesgo que afecta al bienestar tanto psicológico como social, ya que el mayor porcentaje de Adultos Mayores viven solo por lo cual se sienten abandonados, el envejecimiento del adulto mayor no debe ser una alternativa para aislarlos según el **Artículo 22**. Se consideran infracciones en contra del Anciano. La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, como en su seguridad.

TIPO DE SUELO

En el gráfico #11 observamos que en relación al tipo de suelo existe un 50% de adulto mayor que cuentan con suelos de cemento, un 25% con suelo de tierra, y un 21% con suelos con otros materiales. El tipo de suelo es un factor de riesgo



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.
Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

porque esto puede aumentar las probabilidades de que el adulto mayor sufra una caída y así afecta a su estado de salud ya que pueden surgir complicaciones, como lesiones musculo esqueléticas (fracturas) y esto afecta a la salud del adulto mayor.

En tanto al uso de dispositivo de apoyo el 77% de personas Adultas Mayores, no utilizan ningún método de apoyo ya que ellos pueden movilizarse sin ningún problema, solo 8 de los Adultos Mayores utilizan muletas que corresponde al 13%, 5 de los Adultos bastones con el 8%, y solo 1 de las personas Adultas utilizan andadores que corresponde al 2%.(tabla y grafico # 11)

De acuerdo con el tipo de vivienda del Adulto mayor tenemos que el 37% de estas personas viven en casas hechas de hormigón, mientras que el 33% viven en casa mixta, el 25 % de Adultos Mayores viven en casa de caña, y solo el 5% tienen otro tipo de vivienda hecha por otro material.(tabla y grafico #12) La vivienda proporciona refugio es “Aquella que es capaz de brindar protección contra lesiones evitables y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos” dictado por La OMS (1990).

Así como En el **Artículo 37, numeral 7**. El acceso a una vivienda que asegure una vivienda digna, con respeto a su opinión y consentimiento”

SINDROMES GERIÁTRICOS

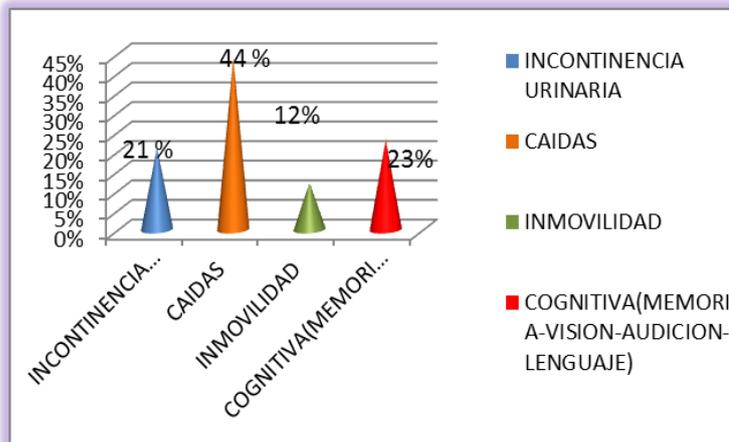


Gráfico # 25

En este Gráfico podemos evidenciar que el problema de mayor prevalencia es: las Caídas que observa con un porcentaje de

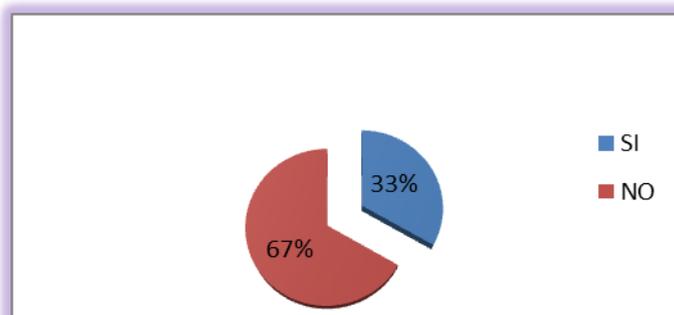
Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.
Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

44% personas que en los últimos 3 años han sufrido

caídas, seguida del deterioro cognitivo es de 23%, y finalmente la inmovilidad que tiene un porcentaje de 12% y que corresponde a los objetivos planteados y que serán tomados en cuenta para mejorar la conducta de los síndromes geriátricos frente al adulto mayor.

En relación al segundo objetivo específico que es “Determinar el problema de mayor prevalencia en los síndromes geriátricos en el adulto mayor” en los resultados de investigación se observó que el problema de mayor prevalencia son las caídas con el 44%.

INCONTINENCIA URINARIA



En el gráfico # 15 se observa que el 33% de los adultos mayores sí presentan incontinencia urinaria, mientras que el

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.
Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

67% de los adultos mayores no presentan este problema. La International Continence Society (1998) define a la incontinencia urinaria como “La emisión involuntaria de orina objetivamente demostrable y que origina un problema social”. Como se puede observar que esta pérdida involuntaria de orina afecta al adulto mayor tanto en su personalidad, como en su autoestima, ya que es un problema social, que repercute en su estado psicológico, así tenemos que la Dra. Expósito Blanco, Ana. (2005) Nos da a conocer las repercusiones que tiene la incontinencia urinaria esta son: “**sobre la salud física:** infecciones urinarias, molestias cutáneas, **sobre el bienestar psicológico:** vergüenza, aislamiento, depresión, dependencia, **consecuencias sociales:** estrés en la familia, abandono de actividades, **Predisposición a la institucionalización** y **costes económico:** dispositivos, lavandería trabajo por parte del cuidador y tratamiento de complicaciones.” todas estas repercusiones se desglosan en diferentes afecciones que el adulto mayor puede padecer debido a la presencia de este problema geriátrico, pueden surgir las infecciones urinarias debido al uso de pañales por presencia de incontinencia, y a su vez esto representa un coste económico, no obstante también afecta la psicología del adulto mayor, sintiendo vergüenza ante la sociedad, también se sienten deprimido en ciertos casos por no tener una buena salud, de ver que han pasado los años y se van deteriorando las funciones de su organismo. También el adulto mayor va aumentando el nivel de dependencia.

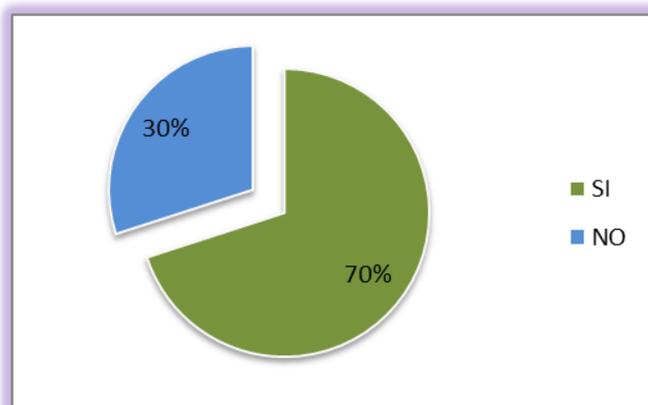
En este estudio realizado en el Centro de Atención del Adulto Mayor, tenemos que el 33% de la población en estudio presenta incontinencia urinaria. Mientras que en las caídas tenemos un 70% de adultos mayores han sufrido caídas, el 30% de la población no ha sufrido caídas recientemente frecuentemente (grafico# 18), por lo que el porcentaje está elevado, y con los resultados de la encuesta el factor de riesgo asociado a este problema es el tipo de suelo en las viviendas de los adultos mayores, y por el 77% que no utilizan dispositivo de apoyo (Anexo 7 y grafico 9).

CAIDAS

Gráfico # 18

La OMS (1999) define la caída *“Como la consecuencia de cualquier acontecimiento que*

precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.”.



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

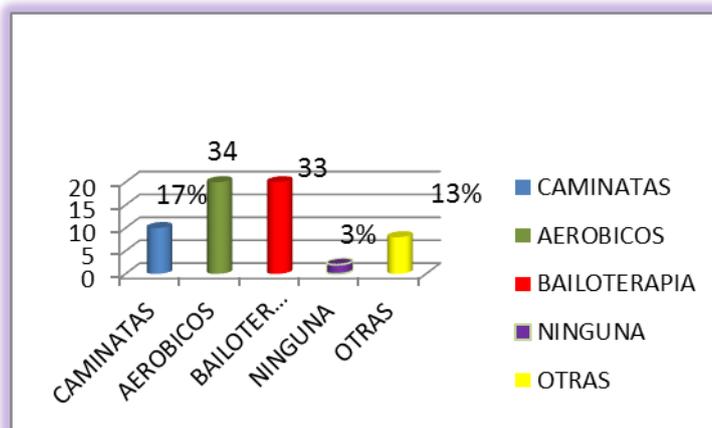
Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

Las caídas son eventos involuntarios que provocan lesiones traumáticas que pueden ser leves hasta muy severas, disminuyendo la capacidad del adulto mayor para realizar actividades normales dentro de su vida diaria. El envejecimiento es un conjunto de cambio o de modificaciones que se producen en el organismo del individuo según *Fernández Braña, Sonia (2011) dice que” El envejecimiento, definido como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos”.* El adulto mayor está expuesto a diferentes factores de riesgo, que afectan a la salud del individuo. Así tenemos que al medir la inmovilidad; mediante actividades físicas del adulto mayor obtuvimos los siguientes resultados En el gráfico# 22 se observa que los adultos mayores realizan actividades físicas, el 34% realizan aeróbicos, 33% realizan bailoterapia, y el 3% no realizan ninguna actividad física, por lo que no existe mayor problema, ya que existe un pequeño porcentaje que no tiene problemas en la inmovilidad.

INMOVILIDAD

Grafico#22

ACTIVIDADES FISICAS QUE REALIZAN



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

Salinas. Ricardo, (2008) define a la inmovilidad en el “Descenso para desempeñar las actividades de la vida diaria, por deterioró de las

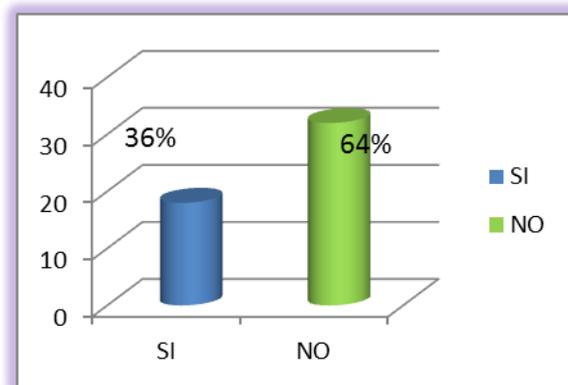
funciones motoras. Se caracteriza por reducción de la

tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva, y, en casos severos, perdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulaci3n”.

La inmovilidad es la disminuci3n de la capacidad de desplazamiento para realizar actividades sean estos por problemas f3sicos, funcionales u otros, que sobresaltan la salud, es decir que es el deterioro de las funciones, que afecta las actividades de la vida diaria. En este estudio obtuvimos que existe un porcentaje minino del s3ndrome de inmovilidad. Mientras que en el siguiente s3ndrome que es el de deterioro cognitivo tomando como referencia el insomnio obtuvimos los siguientes resultados, En el grafico #23 se puede observar las alteraciones cognitiva tenemos que el 36% de la poblaci3n si padece insomnio, mientras que el 64% no sufre de insomnio, solo se evidencia menor porcentaje en relaci3n a los que no padecen esta alteraci3n cognitiva.

DETERIORO COGNITIVO

ALTERACIONES COGNITIVAS INSOMNIO



Fuente: Adultos Mayores Centro de Atención Integral

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

Gráfico # 23

Santiago Ayala, Victoria, Valencia Flores, Matilde, Alejandra Castaño Meneses, Cantú Brito, Carlos G y, García Ramos, Guillermo definen “*El insomnio se define como la dificultad recurrente para iniciar el sueño, mantenerlo o para*

obtener una calidad adecuada del mismo, lo cual ocurre a pesar tener la oportunidad en tiempo y condición apropiada para dormir, dando como resultado alguna forma de alteración diurna.”

El insomnio es una de los trastornos cognitivo, alteración de los patrones de sueño que afecta con mayor frecuencia al adulto mayor, ya que en esta etapa existe un deterioro de funciones cognitivas.

En relación con el tercer objetivo específico “Analizar la afectación por los síndromes geriátricos en la calidad de vida del Adulto Mayor” tenemos que los síndromes geriátricos afectan la salud del adulto mayor, sus actividades de la vida diaria, su estado emocional, en ciertos adultos mayores su autoestima, pero también afecta su grado de dependencia.

Con respecto al Objetivo principal de esta investigación se determinó que en los Grandes Síndromes geriátricos se pueden evidenciar diferentes factores de riesgo que deterioran la salud del Adulto Mayor, por el cual se incorporan en esta investigación los Factores Biológicos, Psicológicos y Sociales que determinan en el Centro de Atención Integral se evidencian diferentes patologías relacionadas con los Síndromes que presentan y que afectan la calidad de vida.

CONCLUSION

De acuerdo con el Análisis e Interpretación de los resultados obtenidos se llega a la siguiente conclusión:

Según los factores de riesgo identificados en nuestro Análisis y que representan un problema en la salud del Adulto Mayor se evidencian los siguientes:

Los factores evidenciados que se encontraron en nuestra investigación como son: el F. biológico, F. psicológico y el F. social, forman la problemática que se evidencian en los Grandes Síndromes Geriátricos que presentan los Adultos Mayores motivo que afecta la calidad de vida ya que se va deteriorando sus funciones, debemos tener en cuenta el cuidado que se les proporcionan para mejorar su bienestar.

Se evidencia en los resultados que el problema de mayor prevalencia en la Salud del Adulto Mayor son las Caídas ya que es la patología que afecta más a la población Anciana, que es la más expuesta por lo que pueden producir lesiones graves y por ende deterioran la Calidad de vida del Adulto Mayor.

La calidad de vida influye en los grandes síndromes geriátricos de una manera holística en la Salud del adulto Mayor, ya que se deterioran con más rapidez sus funciones cognitivas- sensoriales, motivo por el cual no gozan de un bienestar psicosocial, ya que se debe mejorar las condiciones basándose en una acción preventiva.

Con respecto a la hipótesis planteada en este documento podemos decir que los factores de riesgos deben de controlarse para poder disminuir las afectaciones en la calidad de vida del adulto mayor; como hemos podido observar en este estudio los adultos mayores que si controlan los factores de riesgos de los grandes síndromes geriátricos presentan menores afecciones en la salud.

RECOMENDACIONES

En base al Análisis y conclusión de la investigación realizada se sugiere las siguientes recomendaciones:

Que el Personal del Centro se capacite y se enfoque en los cuidados que se deben brindar al adulto Mayor dándole un enfoque holístico- integral evidenciado mediante las encuestas realizadas, para que disminuyan los factores de riesgos en el futuro.

Que en el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor los usuarios reciban los cuidados adecuados como: los cuidados en la incontinencia urinaria, cuidados en la inmovilidad, cuidados en las caídas y cuidados psicológicos para que mejoren o mantengan su nivel de salud y que por ende mejore la calidad de vida.

Que estudiantes usen la información de este proyecto para que lo profundice sobre los cuidados que deben tener los cuidadores de los adultos mayores en el Centro De Atención Del Adulto Mayor, ya que nosotros hemos dado a conocer los Factores de Riesgos que influyen en el Adulto Mayor, para que les sirva de guía en otros proyectos.

Que los estudiantes de enfermería entre las actividades expuestas de pasantías se incorporen al Programa del Adulto Mayor, considerando en el Centro Integral, para que mejoren los niveles de Atención en el Adulto Mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Berciano Blanco J. (2006). Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso, enfermedad del Alzheimer. Madrid- España: Elseiver.
- Flint Beal M, Richardson E y Martin J. (1998). Enfermedad de Alzheimer y demencias afines. México: Interamericana.
- Geriatria. (2000). Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores. Madrid: Médicos.
- Imsero. (2000). Las personas mayores en España: Madrid: INE.
- Martin V. (2011). Cuidados avanzado al paciente crónico. Madrid: Difusión avances de enfermería.
- Martínez Lage JM, Del Ser Quijano T. (2004) Alzheimer, La pragmática necesaria. Madrid: Aula Médica.
- Martínez Lage JM, Hachinski V. (2001). Envejecimiento cerebral y enfermedad: Madrid: Tricastela.
- Martinez Martin P. (2002) Trastornos de la Marcha. España: Sociedad.
- Means, K; Rodell, D; y O'Sullivan P. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados. Chile: Red Med.
- Millan Calenti, J. C. (2006). Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid: Interamericana.

- Oliva Ruiz, P; Arroyo Rodriguez, AR; Dominguez Taboas, L; Rellan Ramos, E; y Cubiella Munoz, R. (1999). La inmovilidad en el anciano. Cuestiones de Fisioterapia: Revista Universitaria de información e investigación en Fisioterapia.
- Rosas León D. (2010). Guía de consulta de primer Nivel de Atención Incontinencia Urinaria en la Persona Adulta Mayor. México: Prado
- Roe B, Williams K, Palmer M.(2003) Bladder training for urinary incontinence in adults (Cochrane Review.)
- Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. (2003) Manual de Geriatria. 3.^a ed. Barcelona: Masson.
- Manual de Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.(2001) Cuidados Paliativos en las personas mayores. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Marion Moody. Incontinencia: (1993) Problema del Paciente y Cuidados de Enfermería. Ancora S.A.
- Urinary incontinence in women Med Clin (Barc) 2003

REFERENCIA ELECTRONICAS

- Procurador de los Derechos Humanos. (2001). Defensoría del Adulto Mayor, Situación de los derechos humanos de la población adulta mayor guatemalteca. Guatemala: PDH; Disponible en:

http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Informe_Defensoria_AMayor_Guatemala2005.pdf

- Importancia de los Síndromes Geriátricos
www.slideshare.net/guevaraCumanda/s

- Internología síndromes geriátricos
www.medicinainternacba.com.ar/teoricos/

- Dra. Montse Queralt. Especialista en medicina geriatría Síndrome Geriátrico fragilidad: síndrome de caída.
www.elsevierciencia.com

ANEXOS

ANEXO 1

PERMISOS PARA OBTENER DATOS

La Libertad, 9 de Enero de 2013

Licenciada

Amanda Pavón

COORDINADORA DEL “CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR”

En su despacho.-

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quienes formamos parte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península De Santa Elena.

Estimado director, por medio de la presente solicito a usted, se brinde las facilidades necesarias para los estudiantes PILLIGUA MERA JESSICA y BAILON PINCAY MIRYAM CRISTINA, estudiantes del 4to año de la Carrera De Enfermería. Los mismos que están realizando la investigación para el trabajo de titulación con el tema “**Identificación de los factores de riesgo que influyen en los grandes síndromes geriátricos “centro de atención del adulto mayor” Santa Elena, 2012-2013**”.

Esperando que mi petición tenga la aceptación correspondiente me suscribo de usted, no sin antes reiterarles mis sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente,

LIC.DORIS CASTILLO
DIRECTORA DE CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO #2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Bailón Miryam y Pilligua Jessica internos de enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. La meta de este estudio es IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS. “CENTRO DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR” SANTA ELENA, 2012- 2013. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación

BAILÓN PINCAY MIRYAM

PILLIGUA MERA JESSICA

ANEXO# 3



INSTRUMENTO DE OBTENCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Encuesta para la toma de datos

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo que influyen en los síndromes geriátricos en los adultos mayores del “Centro de Atención Integral del Adulto Mayor” Santa Elena durante el periodo 2012- 2013.

Fecha: _____

No. De encuesta: _____

Datos de identificación.

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

Escolaridad: _____

Residencia: _____

Número de Hijos: _____ vivos

P/A: _____

1. FACTOR DE RIESGO FÍSICO

1.1. De Qué enfermedad Ud. Padece?

Diabetes

Sobrepeso

Osteoporosis

Fracturas

Hipotensión

Hipertensión

1.2. ¿Cómo considera Ud. su alimentación?

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

1.3. ¿Cuántas veces come en el día?

De 4 a 5 veces al día

3 veces al día

2 veces al día

1 vez al día

2. FACTORES DE RIESGOS PSICOLOGICOS

2.1. ¿Por momento Usted pierde la memoria?

Si

No

2.2. ¿Cuál es su estado de ánimo en los últimos días?

Alegre

Triste

Deprimido

Ansioso

3. FACTORES SOCIAL

3.1. ¿Con quién vive?

Solo

Cónyuge

Hijos

3.2. ¿Utiliza Ud. Dispositivos de apoyo?

Silla rueda

Andadores

Bastones

Muletas

No utiliza ningún tipo de dispositivo

3.3. ¿Cuál es el tipo de vivienda?

Caña

Mixta

Hormigón

Otros materiales

3.4. ¿Cómo es el suelo de la vivienda?

De cemento

De tierra

De otro material

3.5. ¿Cuenta Ud. con servicios básicos en su hogar?

Si

No

4. INCONTINENCIA URINARIA.

4.1. ¿Usted ha tenido Perdida involuntaria de orina?

Si

No

4.2. ¿Cuál es la frecuencia de la perdida de orina involuntaria?

1 Vez al día

Varias veces al día

4.3. ¿Cuál es la cantidad de orina expulsada involuntariamente?

Poca cantidad

Mucha cantidad

5. CAIDAS

5.1. ¿Ha tenido caídas recientemente?

Si

No

5.2. ¿Hace que tiempo sufrido las caídas?

Hace 1 año

Hace 2 mees

Hace 1 mes

Más de 3 semanas

5.3. En qué horario ha sufrido las caídas?

Mañana

Tarde

Noche

5.4. ¿Cuál es el lugar frecuente donde sufre la caída?

Fuera de casa

Dentro de casa

6. INMOVILIDAD FISICA

6.1. ¿Qué actividad física realiza?

Caminatas

Aeróbicos

Bailoterapia

Ninguna

Otras

7. DETERIORO COGNITIVO

7.1. ¿Qué alteraciones cognitivas tiene?

SI **NO**

Insomnio

7.2. ¿Qué alteraciones perceptivas presenta?

SI

NO

Problema de visión

Problema de audición

Problemas de lenguaje

ANEXO# 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES													
	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013
Elaboración y presentación, primer borrador	→													
Elaboración y presentación, segundo borrador		→												
Elaboración y presentación, tercer borrador			→											
Reajuste y elaboración borrador limpio				→										
Entrega para la revisión					→									
Elaboración de la encuesta						→								
Ejecución de la encuesta								→						
Procesamiento de la información									→					
Resultado										→				
Análisis e interpretación de datos											→			
Conclusión y recomendaciones												→		
Entrega para la revisión													→	
Entrega para revisión total														→
Entrega del informe final														→
Sustentación de la tesis														→

ANEXO# 5
PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Lápiz	3	\$ 0.30	\$ 0.90
Borrador	2	\$ 0.30	\$ 0.60
Cuadernos	1	\$ 1.25	\$ 1.25
Tableros	2	\$3.25	\$6.50
Papel bond	25	\$ 0.25	\$ 6.25
Almohadilla	1	\$ 3.00	\$ 3.00
Impresión	2000	\$ 0.15	\$ 300.00
Internet	400 horas	\$ 0.75	\$ 300.00
Foto copias	500	\$ 0.03	\$ 15.00
Bolígrafos	4	\$ 0,35	\$ 1.50
Anillado	5	\$ 2.50	\$ 12.50
Pen drive	1	\$ 17.00	\$ 17.00
Llamadas telefónicas	25	\$ 0.50	\$ 12,50
Carpetas plásticas	6	\$ 0.80	\$ 4.80
CD	2	\$ 1.50	\$ 3.00
Transporte a Santa Elena	40	\$ 0.50	\$ 20.00
Transporte a Guayaquil	40	\$ 7.00	\$ 280.00
Refrigerio	60	\$ 1.80	\$ 108.00
TOTAL			\$ 1'092,80

ANEXO# 6.
FACTIBILIDAD

¿Es políticamente viable?

Sí, es viable pues en nuestro país Ecuador; el ministerio de Salud Pública ya está desarrollando “políticas integrales de salud para el adulto mayor” por lo que nuestro trabajo se enfoca al adulto mayor.

¿Se dispone de recursos: económicos, humanos, materiales?

Por supuesto que disponemos de estos recursos ya que están a nuestro alcance, y con la colaboración de quien dirige el Centro de Atención del Adulto Mayor.

¿Es suficiente el tiempo previsto?

Sí, es suficiente pues un excelente trabajo, se realiza paso a paso, pero nuestra meta es ser eficiente y dar lo mejor de nosotros para ayudar a nuestra sociedad, y poder lograr nuestro objetivo.

¿Se puede lograr la participación del sujeto u objetos necesarios para la investigación?

Si, se puede realizar la participación mediante la motivación, ya que la ejecución de este trabajo requiere de esfuerzos

¿Es posible conducirlo con la metodología seleccionada, se la conoce, domina adecuadamente?

Sí, porque la investigación es cuantitativa, descriptiva y transversal y realizaremos encuestas a los adultos mayores.

¿Hay problemas éticos, morales en la investigación?

Hay problemas éticos, pues las personas que tienen a cargo el cuidado del adulto mayor en el Centro de Atención no lo están ejecutando al 100% y en cuanto a los valores morales en la sociedad están en descenso.

PERTINENCIA, UTILIDAD Y CONVENIENCIA:

¿Se podrá generalizar los hallazgos?

Si porque analizaremos los hallazgos de una forma más clara y que los cuidadores del centro de atención puedan comprenderlas medidas preventivas frente a los factores de riesgos de los síndrome geriátrico

¿Qué necesidades serán satisfechas con los resultados de la investigación?

Serán satisfechas las necesidades sociales, psicológicas y físicas del adulto mayor

¿Qué prioridad tiene la solución de este problema?

La prioridad es mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

¿Cuál es la importancia del problema en términos de magnitud, relevancia, daños que produce, etc.?

El deterioro de la salud del adulto mayor y falta de conocimiento que tiene el cuidador en el centro de atención sobre los factores de riesgos en los grandes síndromes geriátricos.

¿Está interesado y motivado el investigador?

Claro que sí, porque así ayudaremos a los adultos mayores a mejorar la calidad de vida, nuestra idea es dejar una guía de cuidados en el Adulto Mayor para que se les proporcionen al cuidador en el centro de atención.

¿Es competente el investigador para estudiar dicho problema?

Si, nosotros como futuras licenciadas en enfermería nos sentimos con la capacidad y aptitud suficiente para llevar a cabo este proyecto, ya que estamos inmersas en mejorar el trato y los cuidados que se brinda a los adultos mayores.

ANEXO # 7

CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

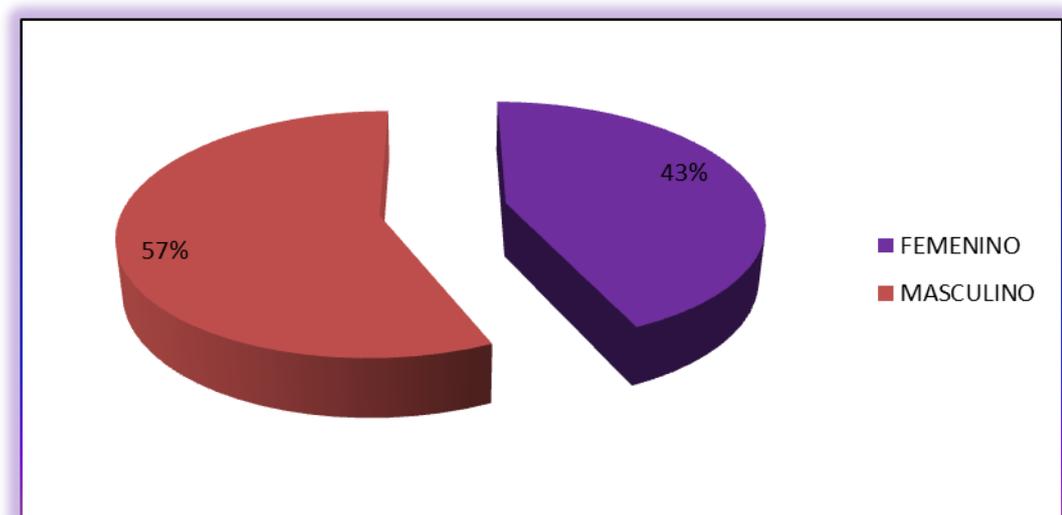
POBLACIÓN ENCUESTADA DE ADULTOS MAYORES

CUADRO# 1

POBLACION ENCUESTADA		
GENERO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	26	43%
MASCULINO	34	57%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 1

POBLACION ENCUESTADA



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

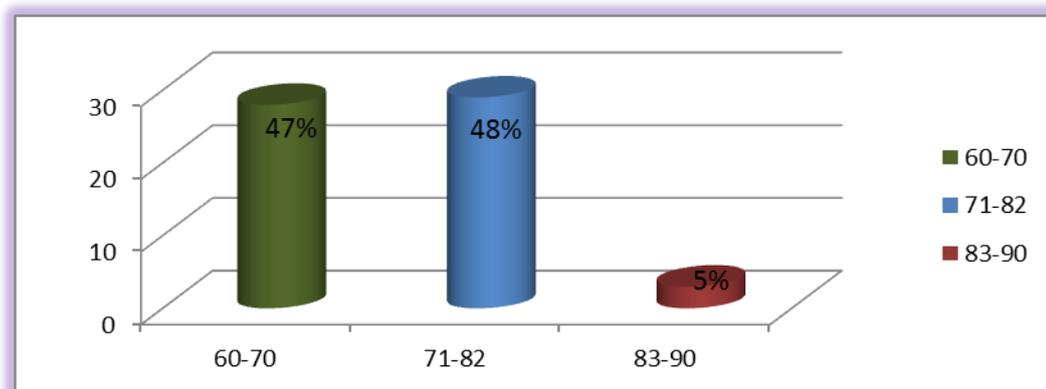
En toda la población encuestada encontramos que 26 son mujeres con un porcentaje 43% y 34 son varones que representan el 57% de la muestra poblacional.

DISTRIBUCION POR EDAD DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 2

EDAD DEL ADULTO MAYOR		
EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
60-70	28	47%
71-82	29	48%
83-90	3	5%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 2
EDAD DEL ADULTO MAYOR



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

Esta investigación tiene como universo 60 adultos mayores que son integrantes del Centro De Atención Integral Del Adulto Mayor de Santa Elena, de los cuales se observa que el 29 adultos mayores tiene una edad comprendida de 71 a 82 años, representando así un 48% de la muestra poblacional, el siguiente grupo etario está comprendido entre las edades de 60 a 70 años y representa un 47%, el 5% está entre las edades comprendidas de 83 a 90 años de edad.

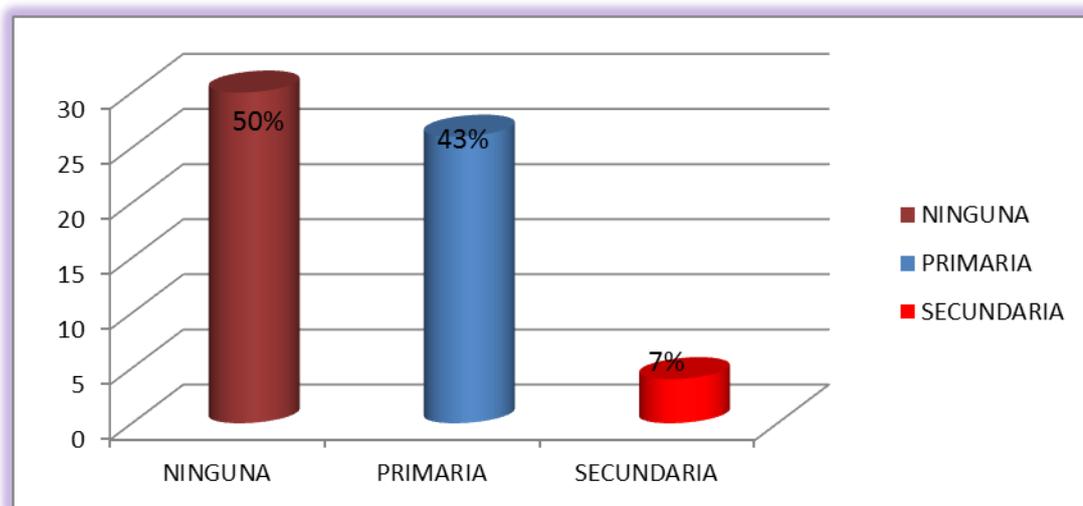
NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL ADULTO MAYOR

TABLA # 3

ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
NINGUNA	30	50%
PRIMARIA	26	43%
SECUNDARIA	4	7%
TOTAL	60	100%

GRAFICOS # 3

ESCOLARIDAD



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

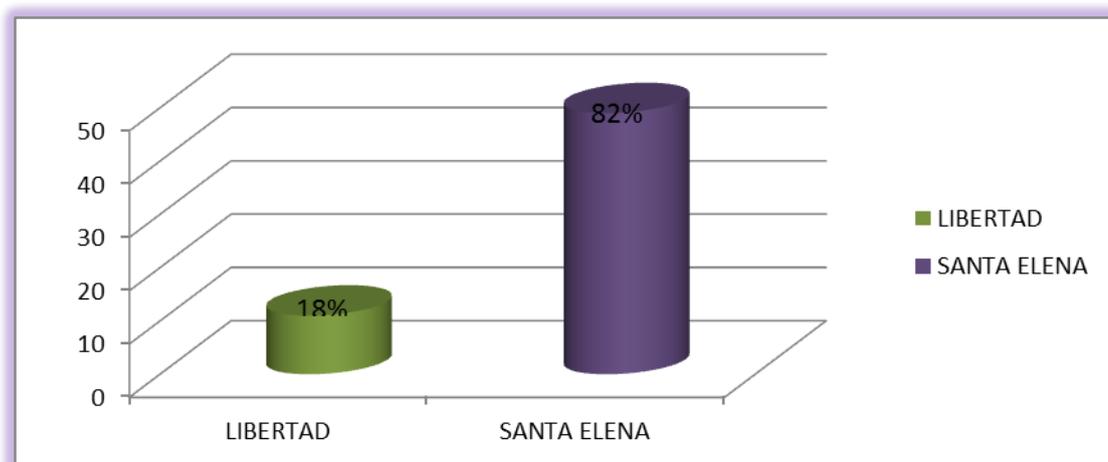
En cuanto al nivel de escolaridad que tiene el adulto mayor tenemos que 50% de los adultos mayores no tienen ninguna escolaridad esto representa a 30 adultos mayores, 43% de nivel de escolaridad primaria que son 26 personas, y un 7% que un grupo muy pequeño de 4 personas que tienen nivel de escolaridad secundaria.

DISTRIBUCION POR RESIDENCIA DEL ADULTO MAYOR.

TABLA # 4

RESIDENCIA		
RECIDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
LIBERTAD	11	18%
SANTA ELENA	49	82%
TOTAL	60	100%

GRAFICO# 4
RESIDENCIA



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

Los adultos mayores encuestados que integran el Centro de Atención del Adulto Mayor, residen en Santa Elena un 82% que representa 49 persona, mientras 11 adultos mayores, que es el 18% residen en el cantón La Libertad.

ENFERMEDAD ACTUAL DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 5

ENFERMEDAD ACTUAL		
ENFERMEDAD ACTUAL	NUMERO	PORCENTAJE
DIABETES	6	10%
SOBREPESO	1	1%
OSTEOPOROSIS	13	22%
FRACTURAS	0	0%
HIPOTENSION	0	0%
HIPERTENSION	19	32%
NINGUNA	17	28%
OTRAS	4	7%
TOTAL	60	100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En este grafico se evidencia que en el adulto mayor la enfermedades que prevalece la HTA con32%, seguida de osteoporosis con el 22% y 28% se pronunciaron que no tenían ninguna enfermedad.

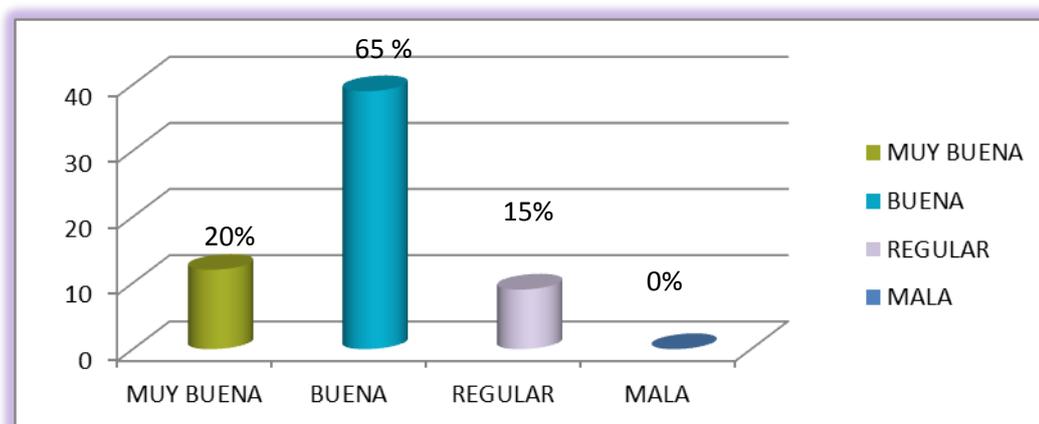
ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 6

ALIMENTACION	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENA	12	20%
BUENA	39	65%
REGULAR	9	15%
MALA	0	0%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 6

ALIMENTACION



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En cuanto a la alimentación tenemos que 20% de la muestra poblacional tiene una alimentación muy buena, el 65 % de adultos mayores tienen una alimentación buena, el 15% tienen una alimentación regular, y nadie tiene una mala alimentación.

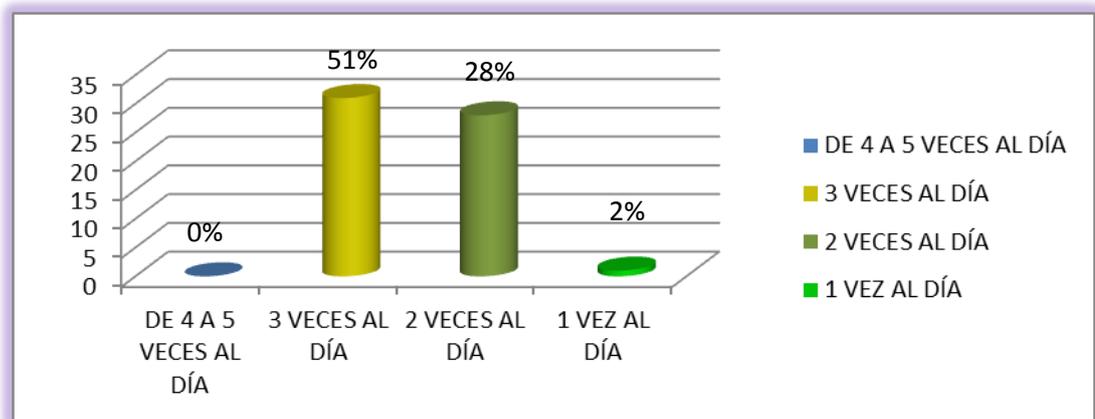
INGESTA DIARIA DEL ADULTO MAYOR.

CUADRO # 7

INGESTA DIARIA	NUMERO	PORCENTAJE
DE 4 A 5 VECES AL DÍA	0	0%
3 VECES AL DÍA	31	51%
2 VECES AL DÍA	28	47%
1 VEZ AL DÍA	1	2%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 7

INGESTA DIARIA



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En cuanto a la ingesta diaria tenemos que el 2% come una sola vez al día, el 28% come 2 veces al día, mientras el 51 % come 3 veces al día, y ninguno come más de 4 o 5 veces al día.

PERDIDA DE MEMORIA DEL ADULTO MAYOR.

CUADRO # 8

EVALUACION LA MEMORIA		
PERDIDA DE MEMORIA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	42	70%
NO	18	30%
TOTAL	60	100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

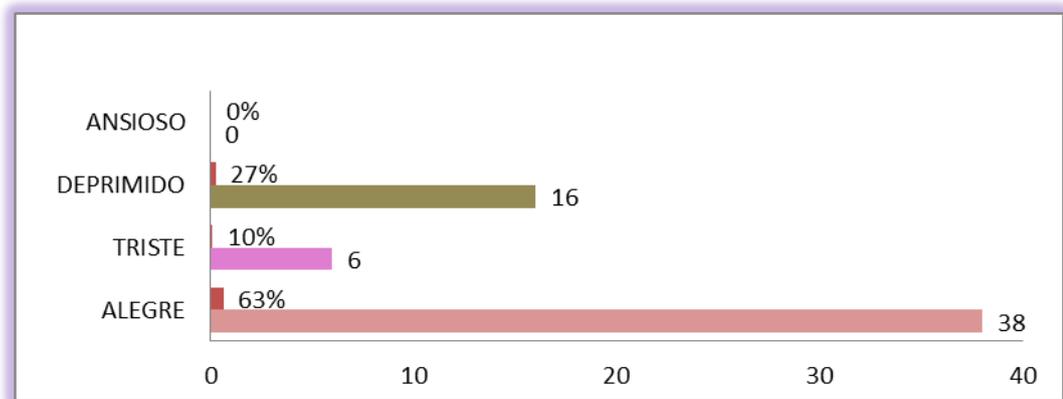
Los adultos mayores presentan pérdida de memoria son 42 % personas con un porcentaje 70%, las personas que no presentan es un grupo pequeño 18 personas y representan el 30%.

ESTADO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 9

ESTADO DE ANIMO		
ESTADO DE ANIMO	NUMERO	PORCENTAJE
ALEGRE	38	63%
TRISTE	6	10%
DEPRIMIDO	16	27%
ANSIOSO	0	0%
TOTAL	60	100%

GRAFICO# 9
ESTADO DE ANIMO



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

El estado de ánimo del adulto mayor tenemos que el 63% que equivale a 38m personas se sienten alegres, el 10% que son 6 personas se sienten tristes, el 27% representan a 16 personas que se sienten deprimidos, y nadie se siente ansioso y es el 0% de la población de la muestra.

CONVIVENCIA DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 10

CONVIVENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
SOLO	25	44%
CONYUGE	13	23%
HIJO	18	31%
OTROS	1	2%
TOTAL	60	100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En cuanto a la convivencia del adulto mayor tenemos, que el 44% vive solo, el 31 % vive con el hijo y el 23% con el cónyuge.

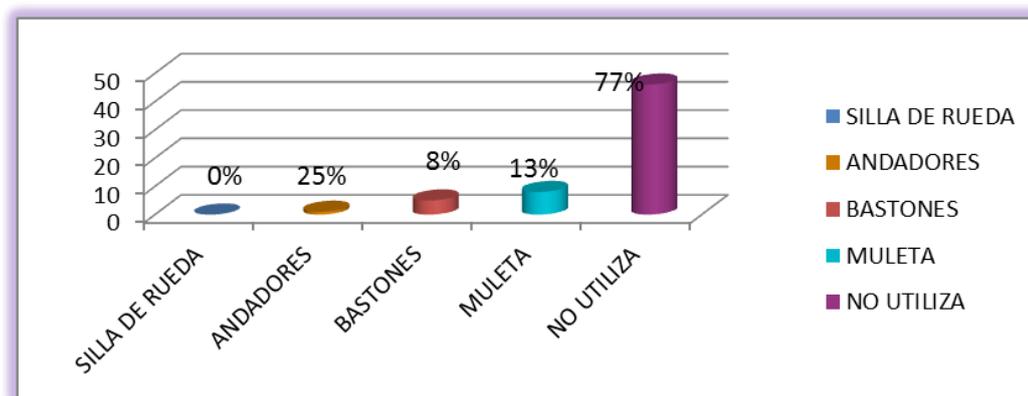
DISPOSITIVOS DE APOYO VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 11

DISPOSITIVOS	NUMERO	PORCENTAJE
SILLA DE RUEDA	0	0%
ANDADORES	1	2%
BASTONES	5	8%
MULETAS	8	13%
NO UTILIZAN	46	77%
TOTAL	60	100 %

GRAFICO # 11

DISPOSITIVO DE APOYO



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

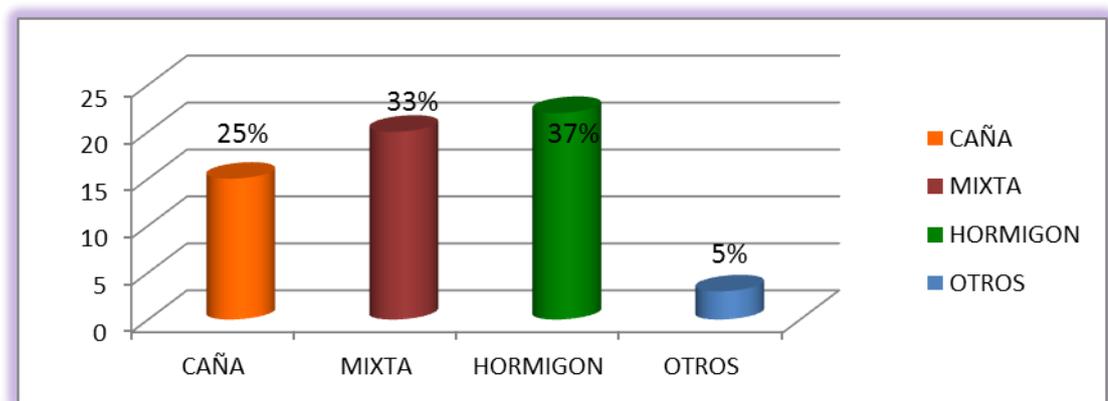
El 77% de adultos mayores no utilizan dispositivos, el 13% utiliza muletas, el 8% utiliza bastones, 2% utiliza andadores.

TIPO DE VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 12

TIPO DE VIVIENDA	NUMERO	PORCENTAJE
CAÑA	15	25%
MIXTA	20	33%
HORMIGON	22	37%
OTROS	3	5%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 12
TIPO DE VIVIENDA



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En cuanto a la vivienda existe en los adultos mayores; 25% viven en casa de caña, 33% viven en casas de construcción mixta, el 37% en casa de hormigón, y el 5% viven en casas de otros materiales

TIPO DE SUELO DE LA VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 13

TIPO DE SUELO		
SUELO	NUMERO	%
CEMENTO	30	50%
TIERRA	25	25%
OTROS	5	21%
TOTAL	60	100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

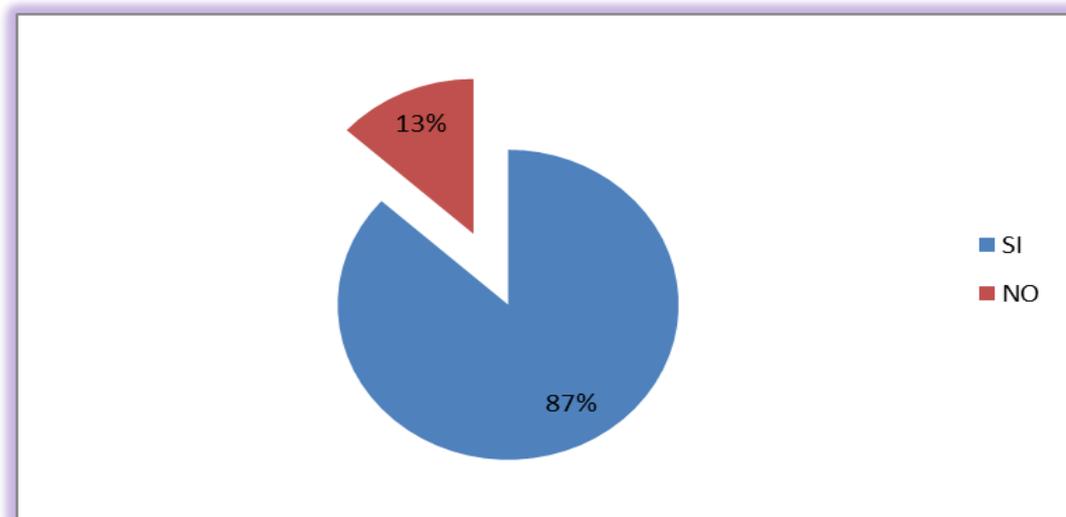
El suelo de las viviendas en donde viven los adultos mayores son un 50% de cemento, 25% de tierra y el 21% de otros materiales.

SERVICIOS BÁSICOS EN EL HOGAR DEL ADULTO MAYOR.

CUADRO # 14

SERVICIOS BASICO EN SU HOGAR	NUMERO	PORCENTAJE
SI	52	87%
NO	8	13%
TOTAL	60	100%

GRAFICO #14
SERVICIOS BASICOS



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En cuanto a los servicios básicos que con los que cuenta el adulto mayor tenemos que el 87% consta de luz y agua y que solo el 13% no tiene ninguno de los dos servicios básicos.

INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO # 15

INCONTINENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	20	33%
NO	40	67%
TOTAL	60	100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En cuanto la incontinencia urinaria del Adulto Mayor, tienen un porcentaje de 33% que si presentan, y un 67% de quienes no padecen.

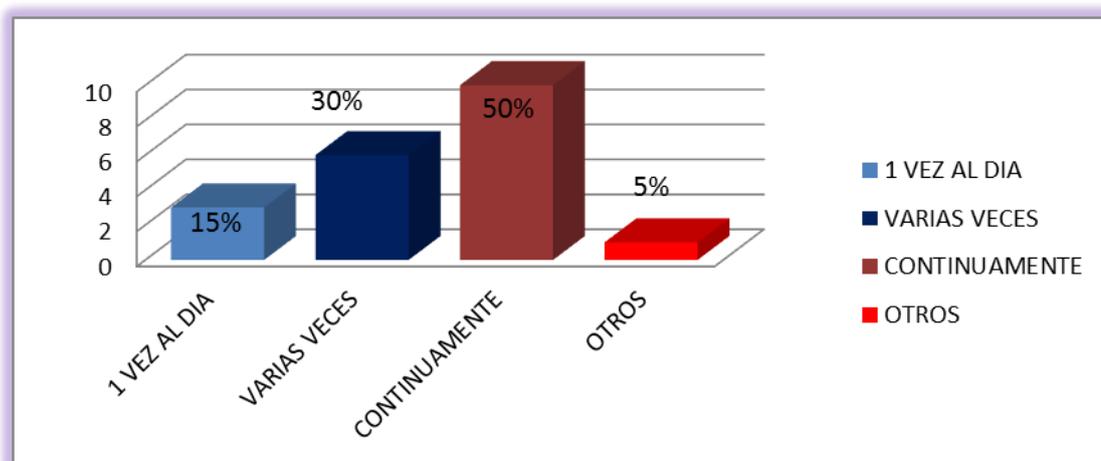
FRECUENCIA DE PERDIDA DE ORINA

CUADRO # 16

PERDIDA DE ORINA	NUMERO	PORCENTAJE
1 VEZ AL DÍA	3	15%
VARIAS VECES	6	30%
CONTINUAMENTE	10	50%
OTROS	1	5%
TOTAL	20	100%

GRÁFICO # 16

PERDIDA DE ORINA



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En este gráfico se evidencia que el 50% de los adultos mayores, pierde continuamente la orina, mientras que el 30% solo lo hace varias veces, y el 15% una vez al día.

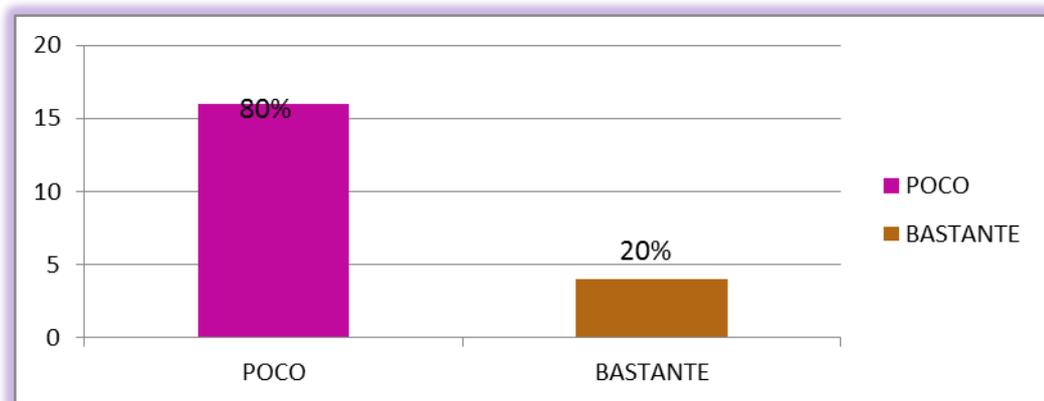
CANTIDAD DE ORINA DEL ADULTO MAYOR

CUADRO # 17

CANTIDAD DE ORINA	NUMERO	PORCENTAJE
POCO	16	80%
BASTANTE	4	20%
TOTAL	20	100%

GRÁFICO # 17

CANTIDAD DE ORINA



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En este gráfico se puede evidenciar que el 80% de ancianos expulsa poca cantidad de orina, mientras que el 20% lo hace con una mayor cantidad.

CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO # 18

CAIDAS RECIENTE	NUMERO	PORCENTAJE
SI	42	70%
NO	18	30%
TOTAL	60	100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

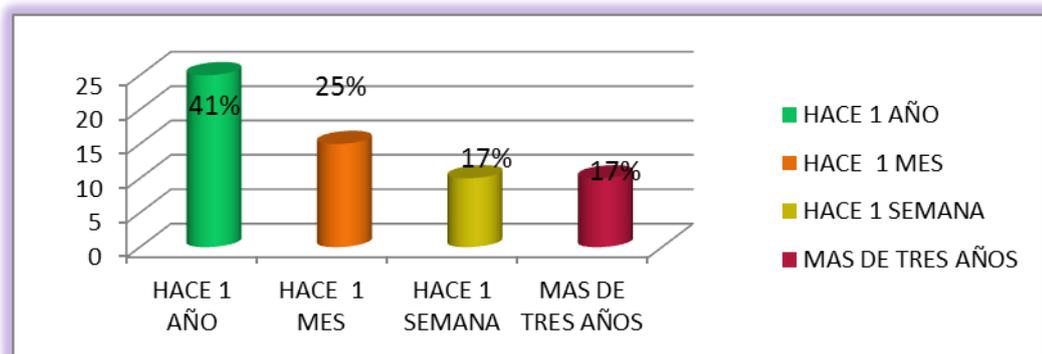
Por lo tanto tenemos que existe un porcentaje de 70% que los adultos mayores sufren de caídas, y 30% de pacientes que no sufren de caídas.

FRECUENCIAS DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO # 19

FRECUENCIA DE LAS CAIDAS	NUMERO	PORCENTAJE
HACE 1 AÑO	25	41%
HACE 1 MES	15	25%
HACE 1 SEMANA	10	17%
MAS DE TRES AÑOS	10	17%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 19
FRECUENCIA DE CAIDAS



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

La frecuencia de las caídas hace más de 3 años un 17%, hace 1 semana un 17%, hace 1 mes 25%, hace 1 año 41%, de la muestra poblacional.

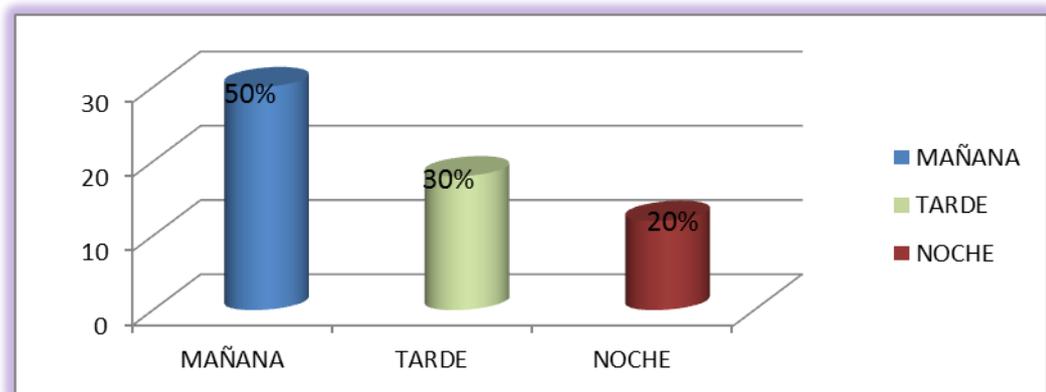
HORARIO DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO # 20

HORARIO DE CAIDAS	NUMERO	PORCENTAJE
MAÑANA	30	50%
TARDE	18	30%
NOCHE	12	20%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 20

HORARIO DE CAIDAS



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

El horario de caídas se evidencio que el 50% de ancianos se propensa a caer en la mañana, mientras que el 30% en la tarde y el 20% en la noche.

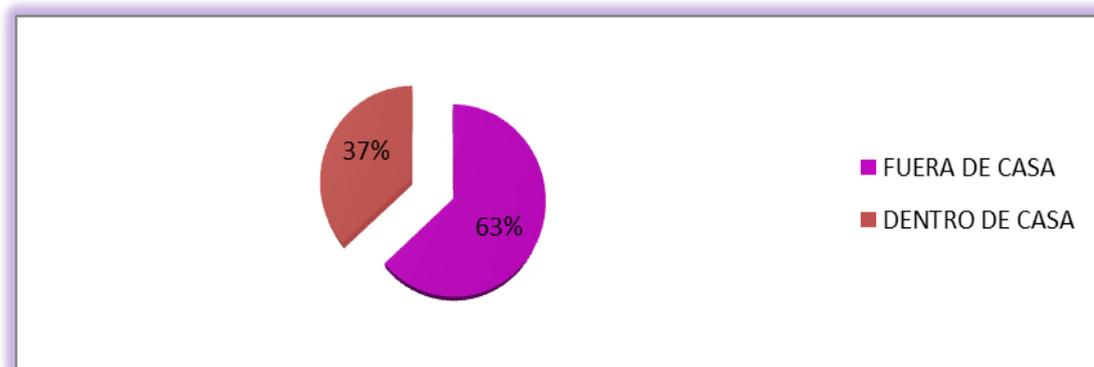
LUGARES DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO # 21

LUGARES FRECUENTES		
LUGARES	NUMERO	PORCENTAJE
FUERA DE CASA	38	63%
DENTRO DE CASA	22	37%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 21

LUGARES FRECUENTES



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

La mayoría de Adultos Mayores han sufrido caídas fuera de casa con un 63%, y el 37% dentro de casa.

TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO # 22

ACTIVIDADES FISICA		
ACTIVIDAD FISICA	NUMERO	PORCENTAJE
CAMINATAS	10	17%
AEROBICOS	20	34%
BAILOTERAPIA	20	33%
NINGUNA	2	3%
OTRAS	8	13%
TOTAL	60	100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

La mayoría de los adultos mayores respondió que realizaron aeróbicos en un 34%, bailoterapia con el 33% y caminatas con el 17%.

ALTERACIONES COGNITIVA EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO # 23

ALTERACIONES COGNITIVA		
INSOMNIO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	18	36%
NO	32	64%
TOTAL	60	100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

La mayoría de Adulto Mayor no sufre de insomnio, con el porcentaje de 64%, pero otros hicieron énfasis en que si sufren de insomnio con el 36%.

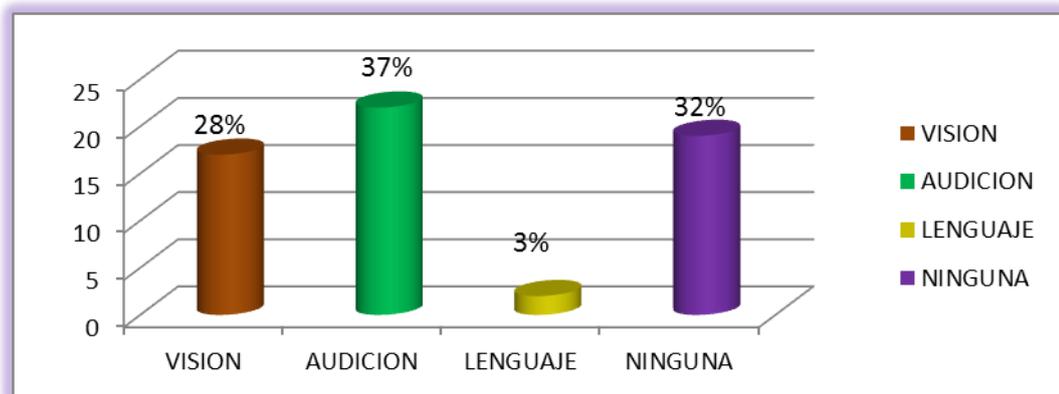
ALTERACION PERCEPTIVA EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO # 24

ALT. PERCEPTIVA	NUMERO	PORCENTAJE
VISION	17	28%
AUDICION	22	37%
LENGUAJE	2	3%
NINGUNA	19	32%
TOTAL	60	100%

GRAFICO # 24

ALTERACION PERCEPTIVA



Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En este gráfico de la alteración perceptiva la mayoría de los Adultos Mayores sufren de problemas de audición con el 37%, otros afirman que no evidencian ninguna enfermedad con el 32%, mientras que el 28% tiene problemas de visión

SINDROMES GERIÁTRICOS

CUADRO # 25

SINDROMES GERIATRICOS	NUMERO	PORCENTAJE
INCONTINENCIA URINARIA	20	21%
CAIDAS	42	44%
INMOVILIDAD	12	12%
DETERIORO COGNITIVO	22	23%
TOTAL		100%

Fuente: Adultos Mayores” Centro de Atención Integral”.

Elaborado por: Pilligua J. y Bailón M.

En relación a los síndromes geriátricos podemos observar que el 21 % presenta incontinencia urinaria, el 44% caída, el 12% inmovilidad, y el 23% representa el deterioro cognitivo.

ANEXO# 8

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Realizando las encuestas a los Adultos Mayores en el Centro de Atención integral



Adultos Mayores que acuden al Centro de Atención



Realizando las respectivas preguntas al Adulto Mayor



Realizando las tabulaciones de datos sobre las encuestas realizadas



Los Adultos Mayores del Centro



Colaboracion del Adulto Mayor sobre las preguntas realizadas



Recolección de datos sobre las encuestas realizadas.

GLOSARIO

ABANDONO

Implica el abandono de una persona mayor por parte de una persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o por parte de la persona que posee la custodia física de la persona mayor.

ADULTO MAYOR FUNCIONALMENTE SANO: Aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal

ANSIEDAD: sensación subjetiva de aprensión y temor que se acompaña de síntomas físicos como sensación de falta de aire, temblor, palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco, etc., que ocurre sin que exista un estímulo externo aparente que la provoque o con estímulos que no suelen producir una respuesta tan exagerada en la mayoría de la gente.

AUTOESTIMA: valoración subjetiva que las personas hacen de sí mismas.

APOYO SOCIAL: Ayuda proporcionada al individuo por medio de instituciones formales (estatales o privadas) aspecto que los diferencia del apoyo psicosocial.

DETERIORO COGNITIVO: Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona.

DISCAPACIDAD: Toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

ENVEJECIMIENTO: Proceso de cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo.

FUNCIONALIDAD: Es la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.

MEMORIA: Proceso mental o función cognitiva que hace referencia al almacenamiento y recuperación de la información. Es fundamentalmente una serie de sistemas interconectados organizados de forma secuencial con diferentes objetivos y características

REHABILITACIÓN: Proceso de duración limitada y con objetivo definido encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional parcial o total, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida.

VEJEZ: Etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales.

PROPUESTA



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROPUESTA DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN
GUIA DE ATENCIÓN Y CUIDADO DEL ADULTO
MAYOR CON SINDROMES GERIATRICO.
“MANO AMIGA”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

**AUTORAS:
BAILÓN PINCAY MIRIAM
PILLIGUA MERA JESSICA**

TUTORA: LCDA. CARMEN BAILON M. MSc.

LA LIBERTAD - ECUADOR

2013

ANTECEDENTES

Los síndromes geriátricos son el pilar del estudio de adultos mayores; son padecimientos a los que está propenso todo individuo, por la misma edad y la presencia de múltiples patologías. Representan un medio para conocer la morbilidad y el pronóstico de la persona en cuanto a calidad de vida. Los síndromes geriátricos son el conjunto de síntomas y signos que pueden ser manifestaciones de una o diversas patologías que frecuentemente se entrelazan, producen por su interrelación una gran cantidad de morbilidad, deterioro de la autonomía y llegan a producir la muerte. Por su frecuente presentación y las consecuencias de las mismas a nivel personal, familiar y social, deben de tenerse en mente, ya que traducen el estado actual del paciente y su pronóstico.

Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo que determinan disminución de la reserva funcional limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o un estrés. También se produce un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas del individuo. Así, pues, el envejecimiento no es sólo la suma de la reducción individual de la reserva funcional de cada órgano, sino también de los mecanismos de función que integran sus funciones.

En la presente guía damos a conocer los cuidados de enfermería, que se les deben brindar al Adulto Mayor a partir de los 60 años de edad, que presentan los Grandes Síndromes Geriátricos como son: Incontinencia Urinaria, Inmovilidad, Caídas y Deterioro Cognitivo, que son cuadros patológicos que afectan la salud del Adulto Mayor, todos ellos originan un importante deterioro en la calidad de

vida de las personas que los padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria lo que repercute en el aislamiento social con el fin de prolongar la vida, el pleno desarrollo individual y colectivo del Adulto Mayor sobre todo para que puedan cumplir con normalidad su vida diaria sin ningún inconveniente.

Se espera que existan una serie de cambios en el estilo de vida del Adulto Mayor sobre los cuidados que se deben brindar específicamente con dichos Síndromes Geriátricos para que se puedan Integrarse a la sociedad sin ningún inconveniente.

MARCO INSTITUCIONAL

En cantón Santa Elena existe el “Centro De Atención integral” el cual acoge 60 adultos mayores de ambos sexo y de diferentes lugares de la provincia. Para ello cuenta con un grupo de trabajadores, una infraestructura y servicios básicos con el apoyo del Ministerio de inclusión económica y social.

Se ha podido observar en los adultos mayores que asisten a las atenciones que brinda el Centro de Atención del Adulto Mayor, que existen factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos, considerando que los adultos mayores son personas vulnerables, es así que de esta manera en base a los resultados obtenidos durante la aplicación de las encuestas en el establecimiento, se dio mucha importancia en aplicar una guía educativa sobre los grandes síndromes geriátricos y los cuidados, con el propósito de prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

ANALISIS FODA	
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La planificación estratégica del Centro Integral del Adulto Mayor. • La existencia de colaboradores. • Convenios existentes en el centro a realizar. • Asistencia de los adultos mayores. • Adultos Mayores comprometidos. 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de proyección precisa del servicio para los Adultos Mayores. • Inexperiencia sobre los cuidados que deben brindar. • Falta de insumos económicos para ejecutar proyectos. • Imposibilidad de realizar acciones competentes. • Falta de apoyo de los familiares
<p>OPORTUNIDADES (EXTERNAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amplia cobertura. • Conocimiento que deben recibir por profesionales capacitados. • Convenios con otras asociaciones. • Realizar acciones acorde a la posibilidad de realización. • Ayuda en el centro por fuentes externas 	<p>AMENAZAS (EXTERNAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la planificación por parte de factores externos • Sobrecarga de información de los profesionales capacitados • Imagen social negativa • Falta de profesionales para enseñar acciones competentes • falta de recursos en el centro.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y así contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor, mediante la aplicación del tratamiento adecuado al cuidado del adulto mayor que padecen de síndromes geriátricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer y aplicar los cuidados básicos en el adulto mayor.
- Promover estilos de vida saludable que contribuyan a disminuir los factores de Riesgo de los Síndromes Geriátricos.
- Fortalecer prácticas de autocuidado para los adultos mayores.
- Brindar atención integral al adulto mayor en forma oportuna, continua y humana.

ACTIVIDADES

Para poder llevar a cabo esta propuesta realizaremos las siguientes actividades:

- Recolección de información adecuada para cada tema a desarrollar.
- Análisis de la información recolectada.
- Escoger información esencial y concreta sobre los cuidados en los grandes síndromes geriátricos
- Elaboración de guía de cuidados del adulto mayor en los grandes síndromes geriátricos.

- Diseñar la portada de la guía y los módulos a tratar en la guía.
- Enlistar las charlas a realizar.
- Elegir los gráficos adecuados para cada tema a tratar.
- Realizar métodos de aprendizaje que estén acorde con la enseñanza del personal que labora en la institución
- Realizar métodos de aprendizaje que estén acorde con la enseñanza del adulto mayor.
- Ejecutar intervenciones de enfermería con la finalidad de preservar la salud del adulto mayor.
- Elaborar carteles con mensajes educativos para el adulto mayor.
- Entrega de guía de cuidados del adulto mayor en los grandes síndromes geriátricos al establecimiento

RESULTADOS ESPERADOS

- Disponer de una guía sea revisada por el personal que otorga los cuidados al adulto mayor.
- Que el personal este bien capacitado para el cuidado del adulto mayor.
- Que los adultos mayores reciban la información adecuada para el cuidado de los grandes Síndrome Geriátrico que presentan.

ESTRATEGIAS

- Se quiere lograr que las personas que integran el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor dediquen el tiempo que sea necesario al cuidado que se debe brindar para mejorar las condiciones de vida del Anciano.

- Que se adopten las estrategias de aprendizajes, con la información sencilla, adecuada y específica al Adulto mayor para que ellos capten los conocimientos que serán impartidos por el personal capacitado.
- Se verificarán la utilización de la guía que será entregada a los Integrantes del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor.

BENEFICIARIOS

DIRECTO:

Los Beneficiarios serían los Adultos Mayores de 60 años de edad que asisten al Centro de Atención Integral y que por ende poseen algún Síndrome ya que contiene información necesaria y oportuna que mejoren la calidad de vida del Anciano.

INDIRECTO:

Como beneficiario indirecto serían las personas que integran el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor ya que son ellos los quienes les proporcionarían los cuidados necesarios para que mejoren su bienestar.

PRESUPUESTO

CANTIDAD	RECURSOS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
25	Horas de Internet	\$ 1.50	\$ 37.50
2	Resma de hojas	\$ 5.00	\$ 10.00
1	Pendrive	\$ 10.00	\$ 10.00
150	Impresiones	\$ 0.10	\$ 15.00
1	Cuadernos	\$ 2.00	\$ 2.00
4	Anillado	\$ 1.50	\$ 6.00
4	Lapiceros	\$ 0.40	\$ 1.60
20	Almuerzos	\$ 2.00	\$ 40.00
2	Carpetas	\$ 1.25	\$ 2.50
15	Transporte	\$ 1.50	\$ 22.50
	Otros	% 10	\$10.00
TOTAL			\$ 157.10

CRONOGRAMA

FECHA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Agosto.	Recolección de información adecuada para cada tema a desarrollar.	Interno de enfermería
Agosto	Análisis de la información recolectada.	Interno de enfermería
Septiembre	Escoger información esencial y concreta sobre los cuidados en los grandes síndromes geriátricos.	Interno de enfermería
Octubre	Elaboración de guía de cuidados del adulto mayor en los grandes síndromes geriátricos.	Interno de enfermería
Octubre	Diseñar la portada de la guía y los módulos a tratar en la guía.	Interno de enfermería
Noviembre	Enlistar las charla a realizar	Interno de enfermería
Noviembre	Elegir los gráficos adecuados para cada tema a tratar.	Interno de enfermería
Diciembre	Realizar métodos de aprendizaje que estén acorde con la enseñanza del personal que labora en la institución	Interno de enfermería
Diciembre	Realizar métodos de aprendizaje que estén acorde con la enseñanza del adulto mayor.	Interno de enfermería
Enero	Ejecutar intervenciones de enfermería con la finalidad de preservar la salud del adulto mayor.	Interno de enfermería
Febrero	Elaborar carteles con mensajes educativos para el adulto mayor.	Interno de enfermería
Marzo	Entrega de guía de cuidados del adulto mayor en los grandes síndromes geriátricos al establecimiento	Interno de enfermería

EVALUACIÓN

La evaluación de este proceso se realizara mediante diferentes métodos: en el personal que labora en la institución se lo realiza por enseñanza aprendizaje porque son ellos quienes brindan cuidados y en el adulto mayor se realizará integraciones mensuales para fomentar lazos de amistad con el fin de ayudar al mejoramiento de la salud, mediante esta observación nos daremos cuenta quienes asistieron al proceso de educación y quienes ponen en práctica los conocimientos impartidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Reyes. G. (2009) Fundamentos de Enfermería. México: Manual Moderno
- Kozier B. (1999) Fundamentos de Enfermería: conceptos, procesos y práctica. Madrid: Interamericana.
- Díaz de León P. Manuel A, Briones G. Jesús C. Vázquez de A. Gilberto F. (2006) Medicina Aguda- Cuidados de enfermería. México: Prado.
- García- Martín caro C. (2001).Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcurt.
- Marion Moody. Incontinencia: (1993) Problema del Paciente y Cuidados de Enfermería. Ancora S.A.

BIBLIOGRAFIA ELECTRÓNICA

- La importancia del cuidado del enfermería-edigraphic.com
www.medigraphic.com/./eimo092j.pdf
- García Flores- M. (2006). Beneficios derivados de la evaluación de la calidad de enfermería. IV Reunión Nacional de Enfermería: México.
www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/beneficios.ppt#257
- Ramos Díaz A., Muñiz Santuiste MM: Hernández Romero O, Nuñez León JA. (2009)La transculturación en el cuidado de enfermería.
www.Monografías.com/trabajos72/tranculturacion
- Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva-RUA
[www.rua.ua.es.cultura de cuidados_19_08.pdf](http://www.rua.ua.es.cultura%20de%20cuidados_19_08.pdf)
- Importancia de los Síndromes Geriátricos
www.slideshare.net/guevaraCumanda/s

