



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA FRAGILIDAD DEL ADULTO
MAYOR. FUNDACIÓN MELVIN JONES. 2018**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

AUTOR(ES)

LAINÉZ TREJOS JENIFFER LISSETTE

TOMALÁ MALAVÉ MARÍA BELÉN

TUTORA

LIC. SUÁREZ ANGERÍ YANELIS, MSc.

PERÍODO ACADÉMICO

2018

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

CERTIFICADO DEL GRAMATÓLOGO

Mgs. Patricia Jackeline Tenezaca Panchana, Catedrática de Lengua y Literatura, con domicilio ubicado en Salinas; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR**: Que he revisado el Trabajo de Investigación elaborado por la Srta. Jeniffer Lissette Lainez Trejos, con C.I. # 2450032848 y Srta. María Belén Tomalá Malavé, con C.I. # 2400273724; previo a la Obtención del Título de Licenciadas en Enfermería; cuyo tema es: "INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR. FUNDACIÓN MELVIN JONES. 2018".

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la Lengua Española.



Mgs. Patricia J. Tenezaca Panchana
C.I. N° 0912958303
Registro N° 1006-04-528569
Cel N° 0987668831

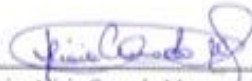
TRIBUNAL DE GRADO

ii

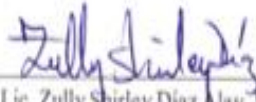
TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, MSc.
**DECANO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



Lic. Alicia Cercado Mancero, MSc.
**DIRECTORA DE LA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Lic. Zully Shirley Díaz Alay, MSc.
PROFESORA DE ÁREA



Lic. Yanelis Suarez Angeri, MSc.
TUTORA



Ab. Victor Coronel Ortiz, MSc.
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DE LA TUTORA

iii

APROBACIÓN DE LA TUTORA

La Libertad, 18 de Septiembre del 2018

En calidad de tutor del trabajo de titulación: **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR. FUNDACION MELVIN JONES. 2018**, elaborado por las Srtas. Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén estudiantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que luego de haber dirigido científicamente y técnicamente su desarrollo y estructura final del trabajo, este cumple y se ajusta a los estándares académicos y científicos, razón por la cual la apruebo en todas sus partes.

Atentamente,



Lic. Yanelis Suárez Angeri, MSc.

TUTORA

AGRADECIMIENTO

A Dios porque ha sabido guiarnos por el camino del bien, dándonos sabiduría e inteligencia para culminar con éxito una etapa más de nuestras vidas, y por habernos puesto en el camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y nos han enseñado que nunca se debe dejar de luchar por lo que deseamos alcanzar.

A los docentes de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Carrera de Enfermería por impartir sus conocimientos durante todo el periodo académico y a la tutora asignada por la orientación brindada durante este proceso.

El camino hasta aquí no ha sido fácil, pero gracias al amor, comprensión y apoyo se ha logrado el objetivo deseado.

Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

DECLARACIÓN**DECLARACIÓN**

El contenido del presente trabajo de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio Intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Jeniffer Lainez T.

Lainez Trejos Jeniffer Lissette

C.I.: 2400273724

Maria Tomala

Tomala Malavé María Belén

C.I.: 2450032848

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA	i
TRIBUNAL DE GRADO.....	ii
APROBACIÓN DE LA TUTORA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARACIÓN.....	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1. Planteamiento del problema.	2
1.1 Descripción del problema.....	2
1.2 Enunciado del problema.	3
1.2.1 Variables de Estudio.....	3
1.3 Justificación	3
1.4 Objetivos.....	5
1.5 Viabilidad y Factibilidad	5
CAPÍTULO II.....	6
2. Marco teórico	6
2.1 Marco Institucional.....	6
2.1.1 Marco Legal.....	7
2.1.2 Organigrama	10
2.2 Marco Contextual.....	10
2.2.1 Antecedentes Investigativos	10
2.2.1.1 Fundamentación científica.....	12
2.2.2. Fundamentación de Enfermería	21
2.3 Hipótesis, Variables y Operacionalización	25

2.3.1 Hipótesis	25
2.3.2 Asociación empírica de variables	26
2.3.3 Operacionalización de variables	26
CAPÍTULO III.....	27
3. Diseño Metodológico	27
3.1 Tipo de Estudio.....	27
3.2 Universo y muestra.....	27
3.3 Técnicas e instrumentos	27
CAPÍTULO IV	29
4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	29
4.2 Conclusiones	31
4.3 Recomendaciones.....	32
BIBLIOGRAFÍA	33
APÉNDICES Y ANEXO	
GLOSARIO	

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, hay 125 millones de personas adultas mayores que oscilan de 80 años y más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. (OMS, 2018)

En la actualidad según el Ministro de Inclusión Económica y Social (MIES, 2010), Ecuador cuenta con 1.049.824 personas mayores de 65 años el cual corresponde al 6,5% de la población total, se calcula que para el año 2020 será el 7,4 % y para el año 2054 se prevé que representará el 18% de la población, para las mujeres la esperanza de vida será mayor que para los hombres.

La capacidad funcional de un individuo se comienza a desarrollar en los primeros años de vida, consigue la cúspide al inicio de la adultez, y naturalmente con el transcurrir del tiempo comienza a disminuir. En los adultos mayores debido al proceso de envejecimiento ocurren cambios físicos, lo que convierte a esta etapa de la vida en la más vulnerable. Debido al deterioro que se evidencia después de los 65 años de edad, se realizará la investigación, acerca de las intervenciones de enfermería en la fragilidad de los adultos mayores que acuden a la Fundación Melvin Jones.

La metodología que se empleará para en la investigación es cuantitativa, transversal y de observación directa al problema identificado siendo el objeto de estudio de 90 adultos mayores que visitan a la Fundación, y a su vez la investigación se realizará mediante la aplicación de la escala de Tinetti.

Según los resultados obtenidos se ejecutarán capacitaciones, que mejorarán el conocimiento de los adultos mayores sobre los cambios que se producen durante el envejecimiento que favorecen la fragilidad, haciéndolos más vulnerables a sufrir caídas, además se llevará a cabo ejercicios con la finalidad de mejorar su condición física.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema.

1.1 Descripción del problema

La vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarca en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndrome geriátrico. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: deterioro de la movilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. (OMS , 2018)

El envejecimiento es un proceso inevitable para los adultos mayores, que con el transcurrir del tiempo sufren modificaciones biológicas y físicas que conlleva a múltiples dolencias o deterioros, entre estos encontramos el deterioro de la actividad física que abarca un problema en el adulto mayor y como consecuencia de esto; la persona se vuelve sedentario porque existe un grado de fragilidad en la dependencia física.

Diversos estudios indican que la fragilidad física se incrementa con la edad. El ejercicio físico constituye la mejor forma de intervención en la prevención y tratamiento de la fragilidad. En el adulto mayor con enfermedades crónicas identificar la fragilidad es muy importante para la toma de decisiones, individualizando el manejo y considerando sus valores y preferencias de cuidado. (Valera Pineda & Tello Rodriguez, 2016)

En el Cantón La Libertad se encuentra ubicada la Fundación “Melvin Jones” que se creó en el 2017 con 225 adultos mayores de los cuales solo 90 asisten constantemente, en este lugar existe un día específico para realizar ejercicios físicos, pero se detectó que no todos los adultos asisten aquel día y en ocasiones durante el lapso de la semana no se realiza ejercicio físico. Además, se evidenció que no existe ningún tipo de formación educativa en lo que respecta a fragilidad en el adulto mayor y los beneficios del ejercicio físico durante esta etapa.

En este lugar laboran 3 facilitadoras que no son profesionales de enfermería capacitadas para llevar a cabo la identificación de los Diagnósticos de enfermería y así poder

diseñar los planes de cuidados para luego ejecutarlos, priorizando las intervenciones de acuerdo a la condición física del adulto mayor.

El ejercicio físico en el adulto mayor es importante para mantener o mejorar la movilidad articular o fuerza muscular disminuyendo así la aparición de diversas enfermedades las cuales se adquieren con el tiempo si no realizan actividad física y llevan una vida sedentaria.

1.2 Enunciado del problema.

En base a lo referido anteriormente, se concretó la siguiente pregunta:

¿Cómo aplicar las Intervenciones de enfermería en la fragilidad del adulto mayor?

Fundación Melvin Jones 2018

Objeto de estudio: Fragilidad en los Adultos mayores.

Campo de acción: Intervenciones de enfermería.

1.2.1 Variables de Estudio

Variable dependiente: Fragilidad en los adultos mayores

Variable independiente: Intervenciones de enfermería

1.3 Justificación

La fragilidad en los adultos mayores representa un alto índice de morbilidad evidenciando un mayor riesgo de caídas por sus limitaciones de movilidad de esto se deriva la importancia de poner en práctica algún tipo de ejercicio para el mejoramiento de su salud y no volverse dependiente de sus familiares.

La problemática a estudiar en esta investigación es la fragilidad, la cual se estableció a partir de la técnica de la observación a los 90 adultos mayores que acuden a la Fundación “Melvin Jones”, mediante esta técnica se pudo detectar que existe una población con fragilidad, la cual le impide realizar ejercicio físico acorde a su edad, ubicándolo como un grupo vulnerable al sedentarismo, teniendo en consideración que en esta etapa de la vida se es más propenso a presentar limitación en las actividades debido al deterioro característico de este grupo.

Esta investigación se llevará a cabo con la finalidad de aplicar intervenciones de enfermería en la fragilidad de los adultos mayores, debido a que hoy en día se evidencian una deficiencia en las actividades físicas o recreativas, que ayudan a mantener un estilo de vida saludable. Mediante esta investigación se pretende ayudar a los adultos mayores a establecer el grado de importancia al incluir el ejercicio físico en sus acciones cotidianas, teniendo en cuenta que al ejecutarlas ayudaríamos a reducir el sedentarismo y evitar futuras complicaciones relacionadas con la fragilidad.

Para la ejecución de dicha investigación se contará con la colaboración de los 90 adultos mayores a los cuales se le aplicará la escala de Tinetti, que es un instrumento técnico que ayudará a medir el grado de fragilidad en los adultos mayores en el equilibrio y marcha.

1.4 Objetivos

Objetivo General

Aplicar intervenciones de enfermería en la fragilidad del adulto mayor. Fundación Melvin Jones 2018

Objetivos Específicos

- Valorar la fragilidad en los adultos mayores mediante la escala de Tinetti.
- Identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los adultos mayores.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería enfocados en los dominios 1 promoción de la salud, 4 actividad y reposos y 11 seguridad y protección.

1.5 Viabilidad y Factibilidad

Esta investigación es viable porque se cuenta con la ayuda de los directivos de la Fundación Melvin Jones “La Libertad” y con el consentimiento de los 90 adultos mayores que asisten de forma constante.

Es factible la presente investigación porque se cuenta con los recursos necesarios, los cuales serán utilizados de la mejor manera para el beneficio del adulto mayor en el desarrollo de los procesos y actividades que se llevan a cabo en la Fundación. Además, el desarrollo de este proyecto no genera altos costos por ende se puede realizar esta investigación para la consecución de los objetivos establecidos.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco Institucional

El Cantón La Libertad es un Cantón de la Provincia de Santa Elena, Ecuador. Su cabecera cantonal es la ciudad de la Libertad, siendo el centro económico de la Provincia, con una latitud de -2.222392 y una longitud de -80.912997. Posee una geografía irregular y un diminuto sistema montañosos llamado La Caleta. Esta zona es muy seca, por lo que posee pampas salineras y las lluvias son algo escasas. (Ecured, 2018)

El centro médico-educativo “Melvin Jones” vio oficialmente su inicio en el seno de la ciudad de la Libertad, situada en la provincia de Santa Elena, al Suroeste de Ecuador en mayo de 1995, impulsado por Jorge Saavedra Núñez y Eliana Palma de Saavedra. Desde el año 2017 la Unidad Educativa “Melvin Jones” no solo brinda ayuda a personas de escasos recursos económicos con discapacidad, sino que también acoge a 225 personas adultas mayores con la finalidad de brindarles cuidados y educación de calidad y calidez para la integración a la sociedad, a los mismos que se le brinda terapias físicas, terapia ocupacional, formación artesanal y música. Los días que asisten los adultos mayores es de lunes a jueves con un horario de 14:00 a 17:00 pm.

Ilustración 1. Fundación "Melvin Jones"



2.1.1 Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador 2008

Sección primera. Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

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

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.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas. (Constitución de la Republica del Ecuador, 2018)

Ley orgánica de la Salud

Capítulo I Disposiciones fundamentales

Art. 1.- Son beneficiarios de esta Ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, sean éstas nacionales o extranjeras que se encuentren legalmente establecidas en el país. Para acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados estipulados en esta Ley, justificarán su condición únicamente con la cédula de identidad y ciudadanía o con el documento legal que les acredite a los extranjeros.

Art. 2.- El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Así mismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológicos y otras actividades.

Capítulo III De los servicios

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrico-gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, su Reglamento y Código de la Salud. (Dirección Nacional Jurídica, 2016)

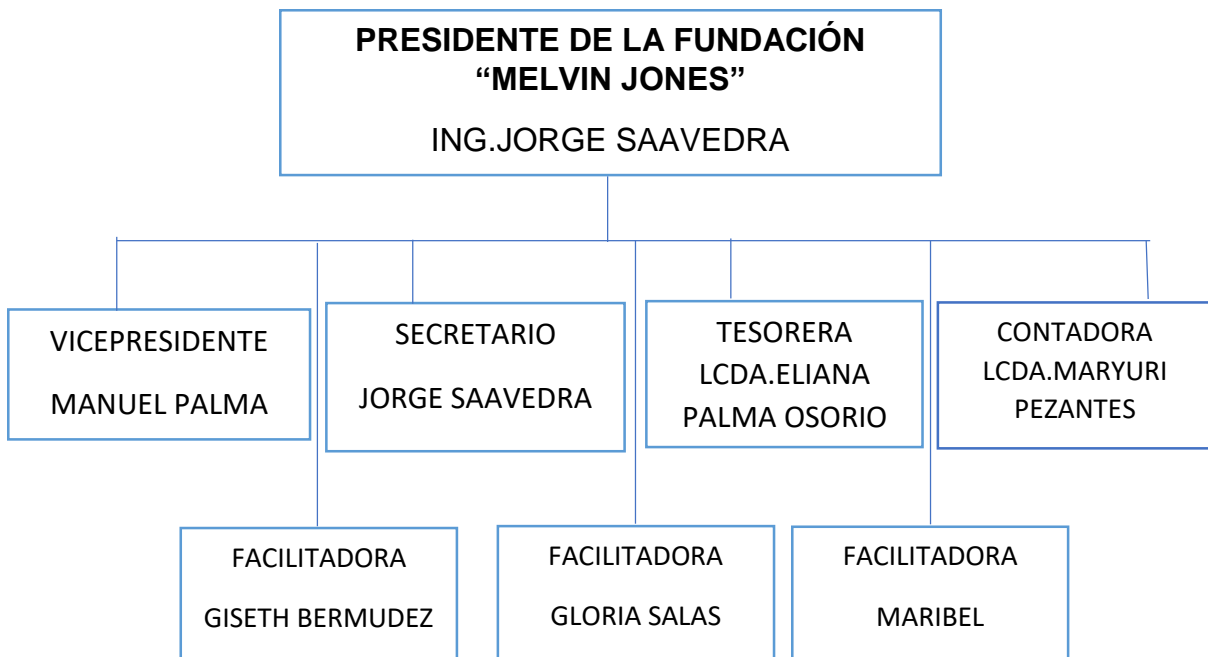
Ministerio de Inclusión Económica y Social **Política pública para población adulta mayor**

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

- **Inclusión y participación social**, considerando a los adultos mayores como actores del cambio social; 10 Norma Técnica Población Adulta Mayor
- **Protección social**, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social;
- **Atención y cuidado**, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, de administración directa, o gestionados por convenios de cooperación. (MIES , 2014)

2.1.2 Organigrama

ORGANIGRAMA DE LA FUNDACIÓN MELVIN JONES



Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Antecedentes Investigativos

Entre las investigaciones relacionadas con el tema se puede mencionar las siguientes:

Síndrome de fragilidad en el adulto mayor en una comunidad rural de Puebla, México. Se realizó un estudio que reveló que el síndrome de fragilidad en el adulto mayor implica presentar eventos adversos, mayor necesidad de cuidados, mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad, dependencia y muerte. El objetivo de la investigación fue determinar el

número de adultos mayores que presentan síndrome de fragilidad y el factor más determinante, en una población rural del estado de Puebla, México. Se ejecutó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. La muestra estuvo conformada por 200 pacientes mayores de 65 años de edad, registrados en el centro de salud de la comunidad en estudio. Los datos fueron recolectados a través de la aplicación de la escala geriátrica y se aplicaron los criterios cubanos de fragilidad. De los adultos mayores incluidos 52.5% fueron femeninos y 47.5 masculinos. La prevalencia del síndrome de fragilidad fue del 45%, siendo mayor en mujeres. Como factor asociado se encontraron las alteraciones en la movilidad y el equilibrio con un 26.5%. Se concluye que existe una alta prevalencia de adultos mayores frágiles en una comunidad rural de Puebla, México; las alteraciones en la movilidad y el equilibrio son el principal factor detonante, debido a las actividades cotidianas que predominan en las zonas rurales latinoamericanas. (Espinoza & Sánchez Hernández, 2016)

Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en los adultos mayores en la Parroquia de San Joaquín del cantón Cuenca en el año 2012. Universidad de Cuenca. Los autores hacen mención a la investigación, con el objetivo principal de determinar la prevalencia del Síndrome de fragilidad y factores asociados como mayor de 80 años, vivir solo, comorbilidad, ingreso hospitalario en los últimos 12 meses, deterioro cognitivo y depresión en la población adulta mayor. Se realizó un estudio de tipo transversal, en 300 adultos mayores, en quienes presentaron deterioro cognitivo se requirió del cuidador para que responda, la información se recolectó en cuestionarios apropiados y validados, la medición de fragilidad se realizó mediante criterios de Fried y el análisis de los datos. La prevalencia de fragilidad fue de 83%, se centró en los adultos mayores jóvenes de sexo femenino y solo se encontró asociación significativa con depresión, mayores de 80 años, presencia de comorbilidades y deterioro cognitivo. (Villacis Loja & Aguilar Ordoñez, 2012)

Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores de la Parroquia Anconcito, Santa Elena. Los autores explican que el envejecimiento es un proceso de la vida del ser humano que amerita atención y cuidados diferenciados por el personal de salud y demás actores involucrados en fomentar estilos de vida saludable hacia este grupo de atención prioritaria. Las caídas como uno de los síndromes geriátricos requieren atención multidisciplinaria acompañado de valoraciones relacionadas con la prevención de las mismas

procurando evitar el deterioro de la salud y la dependencia que conlleva esta afección en el adulto mayor. El objetivo de este trabajo de investigación es el de evaluar el riesgo de caídas en los adultos mayores de esta parroquia rural peninsular. El tipo de investigación es tipo descriptiva transversal. El método usado en dicha intervención fue la observación complementado con la recopilación de datos mediante la aplicación de parámetros estandarizados en la Escala de Tinetti. Los resultados obtenidos corroboraron que el 71% de adultos mayores presentan bajo riesgo de caídas, además se determinó que el 21% de personas analizadas presentan un alto riesgo de caídas de los cuales las 2/3 son mujeres; también se evidencio que cerca del 40% de adultos mayores con alto riesgo de caídas corresponde a personas mayores de 80 años. Como conclusión, se evidencio que, para nuestra realidad local, el riesgo para la ocurrencia del síndrome geriátrico de caídas está directamente relacionados con la edad, con un predominio en las mujeres y su valoración requiere un enfoque hacia la multidimensionalidad del ser humano. (Pavajeau Hernandez, Díaz Alay, Santos Holguin, & Juez Morán, 2018)

2.2.1.1 Fundamentación científica

Vejez

Es la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere. Por otro lado, hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo. (Salazar Maya & García Alvarado, 2014)

Envejecimiento saludable

Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Con este nuevo concepto, envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades. Envejecer de manera saludable significa ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor. (OMS , 2018)

Características del envejecimiento

El envejecimiento presenta características inherentes y bien definidas en todos los seres vivos, entre ellas:

- **Universal:** esto es, que es propio de todos los seres vivos.
- **Progresivo:** al transcurrir la vida se producen efectos sobre el organismo, que al acumularse originan los cambios propios del envejecimiento.
- **Irreversible:** a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- **Heterogéneo e individual:** cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Deletéreo:** lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de este último es alcanzar una madurez en la función.
- **Intrínseco:** no es debido a factores ambientales modificables. En los últimos 20 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, la máxima sobrevivencia del ser humano se manifiesta alrededor de los 118 años. (Landinez Parra, Contrera Valencia , & Castro Villamil, 2012)

Adulto mayor

Adulto mayor o anciano, la palabra hace referencia a la suma de cambios que suceden a un individuo con el paso del tiempo, en una relación entre la edad cronológica y los cambios biológicos, sociales y económicos. (Sánchez, 2013)

Cambios físicos en el adulto mayor

El envejecimiento produce alteraciones sistémicas cuando la mayoría de los órganos y tejidos van disminuyendo su actividad. Estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. Diversas causas se han asociado a este deterioro, entre ellas, las de índole genético, los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos bioquímicos, las alteraciones hormonales y las condiciones

ambientales. Varias de ellas son alteraciones que ocurren en los distintos aparatos y sistemas como resultado del proceso de envejecimiento. (Myers, 2015)

Adulto mayor sano

Persona mayor de 65 años, que a pesar de presentar cambios anatomofisiológicos y psicológicos propios del proceso de envejecimiento, no presenta patologías asociadas. (De Elorza Marínez, 2011)

Adulto mayor enfermo

Persona mayor de 65 años que, además de presentar los cambios propios de la edad, presenta patologías asociadas tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer o artritis. (De Elorza Marínez, 2011)

Anciano Frágil

El anciano frágil es la persona de edad avanzada (la mayoría de los autores la sitúan a partir de los 75 años) que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentra en una situación de equilibrio inestable. Presenta alto riesgo de cambios en su salud que precisan del uso de recursos de salud o sociales. (Fernandez & Estévez, 2013)

Fragilidad del adulto mayor

Estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de homeostenosis. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad. (Carrasco, 2017)

Signos y síntomas

La fragilidad es un síndrome clínico basado en la presencia de signos y síntomas específicos. Se incluyen varias combinaciones de los siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos. (Jauregui & Rubin, 2012)

Escala de Tinetti

Es un test de observación directa, que permite una valoración más objetiva del equilibrio y de la marcha para detectar riesgo de caídas. Tiene que ser realizado por personal de salud entrenado y demora 10 a 20 min. El puntaje máximo es 28 puntos y el punto de corte para riesgo de caída es 20 puntos. (Aburto, 2010)

Equilibrio

Es la habilidad de mantener el cuerpo en la posición erguida gracias a los movimientos compensatorios que implican la motricidad global y la motricidad fina, que es cuando el individuo está quieto (equilibrio estático) o desplazándose (equilibrio dinámico). (Jimenez P. , 2013)

Tipos de equilibrio

Equilibrio Estático: la habilidad de mantener el cuerpo erguido y estable sin que exista movimiento.

Equilibrio Dinámico: habilidad para mantener el cuerpo erguido y estable en acciones que incluyan el desplazamiento o movimiento de un sujeto. El equilibrio depende de un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí y las cuales están reguladas por el sistema nervioso central (SNC).

Centro de gravedad: el centro de gravedad de un cuerpo es el punto respecto al cual las fuerzas que la gravedad ejerce sobre los diferentes puntos materiales que constituyen el cuerpo producen un momento resultante nulo. (Jimenez P. , 2013)

Factores que intervienen en el equilibrio

El equilibrio corporal se construye y desarrolla en base a las informaciones visoespacial y vestibular. Un trastorno en el control del equilibrio, no sólo va a producir dificultades para la integración espacial, sino que va a condicionar en control postural. A continuación, vamos a distinguir tres grupos de factores:

Factores Sensoriales: Órganos sensoriomotores, sistema laberíntico, sistema plantar y sensaciones cenestésicas.

Factores Mecánicos: Fuerza de la gravedad, centro de gravedad, base de sustentación, peso corporal.

Otros Factores: Motivación, capacidad de concentración, inteligencia motriz, autoconfianza. (Muñoz, 2009)

Marcha

Es definida como “el paso bípedo que utiliza la raza humana para desplazarse de un lugar a otro, con bajo esfuerzo y un mínimo consumo energético”; es la capacidad de locomoción en bípedo que nos hace diferente del resto de especies animales, con una serie de movimientos alternos y rítmicos de las extremidades y del tronco, que determinan el desplazamiento hacia adelante del centro de gravedad. Ésta se caracteriza por el contacto permanente del individuo con el suelo, con ambos o al menos uno de sus pies, además de requerir la integración de los sistemas y comprometer varios segmentos corporales. (Agudelo, Briñez, Guarín, & Ruíz, 2013)

Tipos de marcha

La etiología de los trastornos de la marcha es multifactorial y, por ello, va a ser fundamental aprender a explorarla lo mejor posible. No obstante, la mera observación nos va a orientar hacia el origen del trastorno predominante. A continuación, enumeramos las marchas más características

- Marcha hemipléjica o de segador (también llamada helicópoda): Está causada por hemiplejia o paresia de extremidad inferior como consecuencia de un ictus u otra lesión cerebral. La extremidad inferior está flexionada a la cadera y extendida a la rodilla y el pie en flexión plantar. La persona tiene que balancear la pierna en un arco hacia fuera para asegurar el despegue (circunducción). A la vez hay flexión lateral del tronco hacia el lado sano. Mantienen una base de sustentación pequeña y, por lo tanto, riesgo alto de caídas.
- Marcha en tijeras: Es un tipo de circunducción bilateral. Las piernas se cruzan al caminar. Los dorsiflexores del tobillo están débiles y los pies rascan el suelo. Pasos

cortos y mucho esfuerzo. Las causas más comunes son la espondilosis cervical y el infarto lacunar (demencia multiinfarto).

- Marcha parkinsoniana o festinante: La marcha típica de la enfermedad de Parkinson es bradicinética, con pasos cortos y muy lentos.
- Marcha de danzante: Movimientos de piernas y brazos sin compás.
- Marcha apráxica: Suele aparecer en alteraciones del lóbulo frontal. Se caracteriza por base de sustentación ancha, postura ligeramente flexionada y pasos pequeños, vacilantes y arrastrados. Son enfermos que, aunque se mueven bien en la cama, la iniciación de la marcha suele ser muy difícil, quedando pegados al suelo, pudiendo oscilar y caer al realizar el esfuerzo de levantar el pie. Después de unos pocos pasos, la marcha mejora, aunque en cualquier momento pueden parar bruscamente y, tras unos segundos, continuar caminando. Puede aparecer en enfermos de Alzheimer, demencia de origen vascular o hidrocefalia normotensiva. Las personas con apraxia de la marcha no pueden procesar los impulsos nerviosos para realizar actividades de forma correcta, incluso aunque la fuerza y sensibilidad sean adecuadas. La alteración de la marcha en la vejez es una forma moderada de apraxia frontal.
- Marcha atáxica (taloneante): Típica de lesiones cordonales posteriores. Base amplia y pisadas fuertes. Suele haber una pérdida del sentido de la posición, por lo que estas personas no saben dónde están sus pies y los lanzan hacia delante y al exterior. Los talones tocan primero el suelo y se oye la patada. Miran continuamente la posición de sus piernas. Suelen tener Romberg positivo y problemas de equilibrio, tambaleándose de lado a lado.
- Marcha atáxica cerebelar: Base ancha con pasos pequeños, irregulares e inseguros. Se acompaña de titubeos y tambaleos a un lado, hacia delante o hacia atrás. Suele aparecer en alcoholismo crónico, atrofia espinoocerebelar y parálisis supranuclear progresiva, pero también en hipotiroidismo y toxicidad por hipnóticos y sedantes.
- Marcha vestibular, en estrella o brújula: Los pacientes que presentan esta alteración de la marcha, cuando se les pide que caminen unos pasos hacia delante y los mismos hacia atrás, van produciendo una desviación angular que será izquierda o derecha en dependencia de la localización de la lesión. Suele aparecer en problemas de laberinto.

- Marcha en estepaje o equina: La persona levanta los pies del suelo exageradamente para no rozarlo con las puntas. Suelen formar un ángulo recto con el muslo y la pierna con el pie péndulo y los dedos dirigidos hacia abajo. Suele aparecer en lesiones de asta anterior y polineuritis (diabetes, déficit de B12, alcoholismo).
- Marchas anormales asociadas con déficit multisensoriales: Estas personas suelen tener alteraciones visuales y propioceptivas, por lo que deben confiar únicamente en el sistema vestibular para conocer la posición de sus pies. Son corrientes las quejas de discinesias, inestabilidad y mareo ligero al caminar y al dar la vuelta. Es frecuente que usen bastones o que toquen las paredes al caminar. Suele verse en diabéticos.
- Marcha prudente: Es la típica de la persona anciana con miedo a caer. Adoptan una postura de flexión hacia delante y piernas algo flexionadas para mantener el centro de gravedad bajo; marcha a pasos cortos con los pies separados y vuelta en bloque. Puede ser la marcha que con más frecuencia se sigue de caída. Por problemas circulatorios
- Marcha claudicante: Tras un número mayor o menor de pasos, el paciente presenta adormecimiento, hormigueos, calambres o dolor que le obligan a detenerse durante un tiempo antes de emprender la marcha. Por problemas musculoesqueléticos, además de los problemas generados por la inmovilidad y el desuso, hay multitud de patologías que producen debilidad muscular y alteración de la marcha: hipo e hipertiroidismo, polimialgia reumática, polimiositis, osteomalacia y neuropatías; también el uso prolongado de medicamentos como diuréticos y corticoides. Cualquier pérdida de fuerza muscular proximal conduce a marchas inestables y patosas. (Jimenez M. A., 2007)

Caídas

Son parte del proceso normal de envejecimiento. Se la define como un evento que provoca que una persona descanse sin advertencia en el suelo o en un nivel menor, con o sin pérdida de la conciencia. (Stanley, Blair, & Gauntlett Beare, 2009)

Intervenciones de enfermería

Es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para obtener resultados en el paciente, incluyen tanto cuidados

directos como indirectos, así como aquellos iniciados por la enfermera, médico y otros proveedores del servicio. (VIU, 2018)

Actividad física

Es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. (OMS , 2018)

Ejercicio físico

Es una actividad específica y programada con una intensidad, frecuencia y duración adecuadas que se organizan en sesiones individuales para conseguir unos objetivos de desarrollo físico previamente establecidos. (Holguin Osorio , 2016)

Beneficios del ejercicio físico

La necesidad de incluir en el día a día la actividad física es sumamente importante. Por supuesto, esto se debe establecer con base en las posibilidades de cada persona, la edad biológica y la accesibilidad. (Flores, Vargas Fernandez , & Domínguez Yebra, 2014)

Del ejercicio resultan numerosos beneficios de los cuales los principales son el mantenimiento del funcionamiento físico, mental, emocional y social, lo cual se traduce en mayor autosuficiencia e independencia del paciente.

Cardiovasculares

- ✓ Incremento de la resistencia
- ✓ Disminución del ritmo cardiaco
- ✓ Reducción de los niveles de colesterol
- ✓ Disminución de la presión arterial en pacientes hipertensos

Respiratorios

- ✓ Incremento de la capacidad vital

Musculoesqueléticos

- ✓ Aumento de la fuerza muscular
- ✓ Incremento del rango de movimiento
- ✓ Ampliación de la flexibilidad
- ✓ Incremento de la remineralización de los huesos
- ✓ Aumento del balance

Endocrinos

- ✓ Mejoría del incremento de la glucosa

Psicológicos

- ✓ Mayor bienestar
- ✓ Moral elevada

Cognitivo/psicológicos

- ✓ Capacidades cognitivas mejoradas
- ✓ Disminución de los síntomas de depresión (Stanley, Blair, & Gauntlett Beare, 2009)

Geriatría

Está dedicada al cuidado del paciente anciano, y se ocupa de cuestiones preventivas, terapéuticas, de rehabilitación y paliativas. Integra asuntos sociales y familiares y proporciona elementos para tratar a los ancianos en varias etapas de la enfermedad: aguda, subaguda y crónica. Su principal objetivo es preservar la autonomía de las personas mayores utilizando herramientas que permitan integrar y comprender enfermedades de alta prevalencia, alta discapacidad y alta dependencia. Enfrentando un horizonte dominado por la enfermedad crónica, los geriatras proponen formas mejores y más eficientes de manejar la enfermedad, diseñando modelos de cuidado progresivo que promuevan el enfoque de equipo multidisciplinario y la participación plena de la familia y la sociedad. (Medigraphic, 2010)

Gerontología

Es el estudio científico de los procesos y problemas del envejecimiento desde todos los aspectos: biológicos, clínicos, psicológicos, sociológicos, legal, económico y político. (VIU, 2018)

2.2.2. Fundamentación de Enfermería

Modelo de la Nola Pender El modelo de promoción a la salud de Pender

Está basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona. El modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud. (Trejo Martinez, 2008)

El presente trabajo se enfoca en teoría de Nola Pender (Modelo de promoción a la salud) porque se basa en educar a los adultos mayores realizando promoción y prevención de la salud tanto para ellos, como a sus cuidadores; a través de las charlas educativas referente a la fragilidad y los beneficios del ejercicio físico, entre otros.

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach.

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

La teoría del autocuidado

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La teoría del déficit de autocuidado.

Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo. (Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández, 2017)

Esta teoría se relaciona con la presente investigación porque el autocuidado en el adulto mayor con fragilidad es de vital importancia, es por esto que se realizará ejercicio de acuerdo a la condición física del adulto mayor, con la finalidad de enseñar actividades que ayuden a su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Teoría de Las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

Ante la necesidad de encontrar un modelo, para la enseñanza de la enfermería, que sea aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se la puedan hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado, y puesto en práctica por las enfermeras clínicas, se seleccionó el modelo de Virginia Henderson, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano. (García González, 2004)

Henderson propuso 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería.

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables.
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropa adecuada, vestirse, y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás
11. Rendir culto según la propia fe
12. Trabajar de tal manera que se experimenta una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Su teoría ha servido como marco de referencia para las investigaciones sobre la necesidad de movilidad física y variables clínicas y sociales en ancianos que viven en una comunidad. (Alligood, 2018)

Esta teórica se relaciona con el trabajo de investigación porque al aplicar la encuesta con el instrumento de la escala de Tinetti se evidenció que una de las necesidades básicas del adulto mayor es moverse y mantener posturas deseables de acuerdo a la condición física y a su grado de riesgo de caída que posee.

2.2.4 Definición de términos utilizados en el desarrollo de la investigación

Ambular: Capacidad para caminar de un sitio a otro independientemente con o sin mecanismos de ayuda. (Johnson, Bulechek, & Butcher, 2007)

Envejecimiento: Puede definirse como un deterioro funcional, progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad. (Triadó & Villar, 2006)

Caídas: Se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. (Alejandro Martínez , Expósito Gárces, & Quesada Barranco, 2018)

Deterioro de la movilidad: Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades. (NANDA, 2015-2017)

Deterioro cognoscitivo: Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. (Rodríguez Jimenez, 2016)

Depresión: Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (Chàvez Mendoza, 2018)

Estados delirantes o delirio: Es un trastorno de deterioro cognitivo, lo que significa que afecta el modo en que una persona piensa, recuerda y razona. Los signos primarios son cambios repentinos en la conciencia o el estado de alerta, como sentirse somnoliento o agitado. (Marcos del Cano & Topa Cantisano, 2012)

Eventos adversos: se define como el daño no intencional o complicación relacionado con la asistencia sanitaria. Pueden ser prevenibles y no prevenibles. (Achury, Achury , & Rodríguez, 2013)

Hipertiroidismo: Es una enfermedad en la cual la glándula tiroides produce demasiada cantidad de hormona tiroxina. El hipertiroidismo puede acelerar significativamente el

metabolismo del organismo y causar adelgazamiento repentino, latidos del corazón rápidos o irregulares, sudoración y nerviosismo o irritabilidad. (Cárdenas Anton, 2017)

Incontinencia urinaria: Se puede definir como una condición en la que, en forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga. (Gómez García, 2011)

Osteomalacia: Afección de los adultos en la que los huesos se vuelven blandos y deformes debido a la falta de calcio y fósforo. Por lo general, la causa es insuficiencia de vitamina D en la alimentación, no recibir suficiente luz solar o problemas con la forma en que el cuerpo usa la vitamina D. Entre los síntomas están los dolores óseos y la debilidad muscular. Cuando esta afección se presenta en niños se llama raquitismo. También se llama raquitismo adulto. (Cañete Crespillo & Gomez , 2008)

Polineuritis: Inflamación de varios nervios periféricos al mismo tiempo. (Dalet, 2008)

Polimiositis: Enfermedad inflamatoria de los músculos más cercanos al centro del cuerpo. Causa debilidad, incapacidad para estar parado, subir escaleras, levantarse o extenderse. También puede causar dolor muscular y dificultad para tragar, y puede afectar los pulmones y el corazón. Padecer de polimiositis aumenta el riesgo de contraer ciertos tipos de cáncer. (Mendoza Murillo, 2014)

Síndrome Geriátrico: Son un grupo de signos y síntomas que aparecen juntos y que caracterizan una particular alteración o la presencia de síntomas y signos; y constituyen juntos a una enfermedad. (Palacios Ceña & Salvadores Fuentes, 2013)

Úlceras por presión: Es la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos. (Martínez López, 2008)

2.3 Hipótesis, Variables y Operacionalización

2.3.1 Hipótesis

Realizar intervenciones de enfermería en correspondencia al grado fragilidad encontrados en adultos mayores a los que se le aplica la escala de Tinetti en la Fundación “Melvin Jones”.

2.3.2 Asociación empírica de variables

Variable dependiente: Fragilidad

Variable independiente: Intervenciones de enfermería

2.3.3 Operacionalización de variables

- Variable dependiente: Fragilidad en los adultos mayores

Dimensión	Indicadores	Escala
Fragilidad	<ul style="list-style-type: none">• Escala de Tinetti	<ul style="list-style-type: none">• Alto riesgo de caída.• Riesgo medio de caída• Bajo Riesgo de caída.

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

- Variable independiente: Intervenciones de enfermería

Dimensión	Indicadores	Escala
Intervenciones de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Planes de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Dominio 1: Promoción de la Salud• Dominio 4: Actividad/Reposo• Dominio 11: Seguridad/Protección

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de Estudio

La investigación es de tipo cuantitativa porque se obtendrán datos numéricos que pueden ser medidos a partir del análisis e interpretación de la escala realizada al objeto de estudio, es de tipo transversal porque se realiza en un tiempo determinado y con una población específica que son los adultos mayores.

3.2 Universo y muestra

Para llevar a cabo esta investigación se ha escogido a una población total de 90 adultos mayores que acuden a la Unidad Educativa “Melvin Jones”, ubicada en el Cantón La Libertad.

3.3 Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos que se ejecutaron en esta investigación son los siguientes:

La observación: Porque a partir de esta técnica se evidencio el problema por el cual atraviesan los adultos mayores que acuden a la Fundación “Melvin Jones”.

Encuesta con el instrumento de escala de Tinetti: Instrumento que se utiliza para poder valorar la marcha y el equilibrio en los adultos mayores.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

RESULTADOS / N.O.C

INTERVENCIONES / N.I.C

00085 Deterioro de la movilidad física r/c deterioro músculo esquelético, m/p alteración en la marcha.

00088 Deterioro de la ambulación r/c deterioro del equilibrio, m/p deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares y para subir escaleras.

00257 Síndrome de fragilidad r/c sedentarismo m/p deterioro de la ambulación, deterioro de la movilidad física. (NANDA, 2015-2017)

00155 Riesgo de caída r/c edad mayor a los 65 años, deterioro del equilibrio, deterioro de la movilidad física. (NANDA, 2015-2017)

(NANDA, 2015-2017)

**Dominio: Salud Funcional (I)
Clase: Movilidad (C)
Resultado: Marcha**

Indicadores	1	2	3	4	5
✓ 0022201 Estabilidad en la marcha			X		
✓ 0022202 Equilibrio al caminar			X		
✓ 0022203 Postura al caminar			X		

(NOC, 2013)

**Campo: Fisiológico Básico
Clase: Control de actividad y ejercicio
Intervención: 0222 Terapia de ejercicio: Equilibrio**

Actividades:

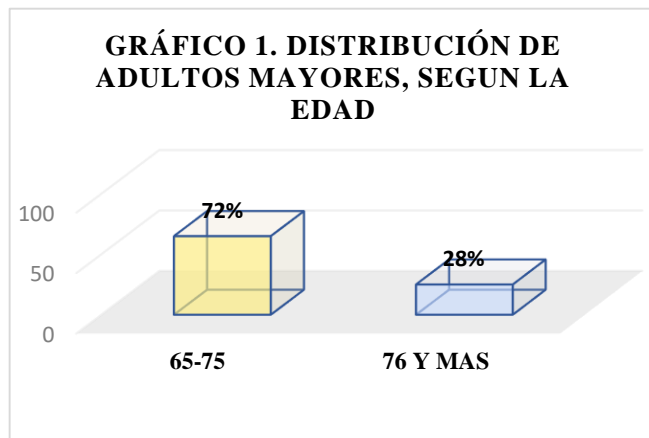
- ✓ Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieren equilibrio.
- ✓ Proporcionar sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener y mejorar el equilibrio mediante ejercicios y actividades.
- ✓ Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.
- ✓ Promocionar la salud mediante charlas educativas dirigidas a los adultos mayores.

(NIC, 2013)

CAPÍTULO IV

4.1 Análisis e interpretación de resultados

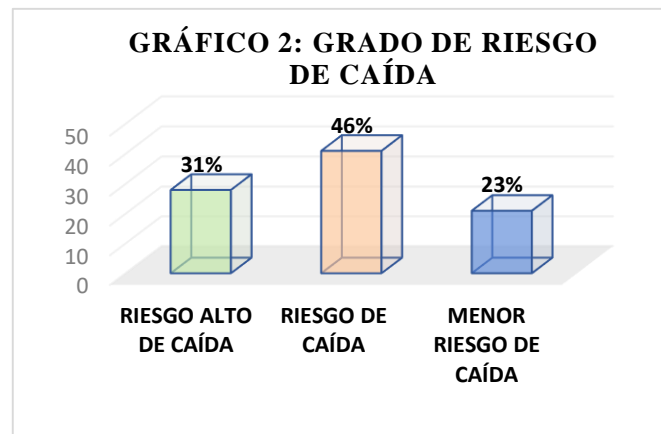
La presente investigación sobre intervenciones de enfermería en la fragilidad del adulto mayor. Fundación Melvin Jones, se llevó a cabo con una población de 90 adultos, de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la Escala de Tinetti se procede al análisis y tabulación de los mismos:



Fuente: Fundación "Melvin Jones"
Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Los participantes de esta investigación son un total de 90 adultos mayores que acuden a la Fundación "Melvin Jones" Cantón La Libertad, de los cuales 65 pertenecen a las edades comprendida entre 65-75 años, mientras que 25 personas corresponden a las edades de 76 y más años de edad, lo cual quiere decir que más asisten adultos mayores de edades comprendidas entre 65-75 años de edad.

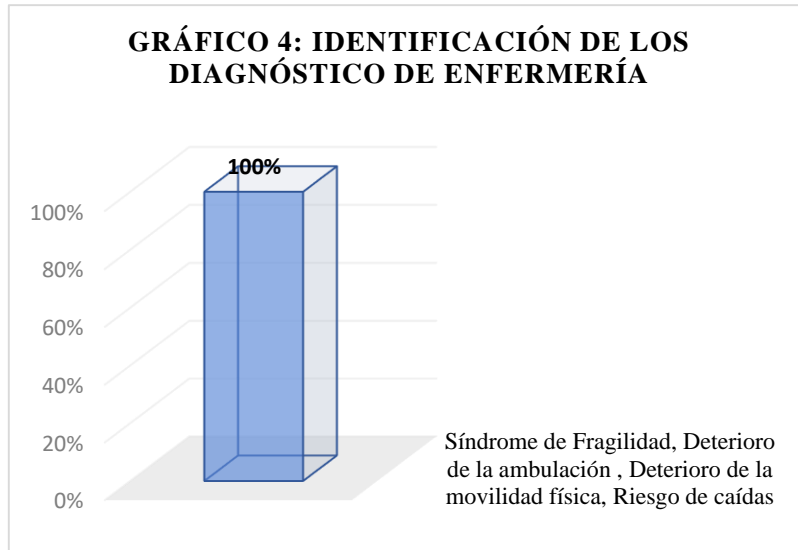
Respondiendo al primer objetivo específico, que se fundamenta en valorar la fragilidad en los adultos mayores mediante la encuesta del instrumento de la escala de Tinetti, con la finalidad de verificar el grado de caída para la realización de ejercicios de acuerdo a su condición física, teniendo en cuenta que mientras más alto sea el riesgo de caída en los adultos mayores representarán un marcador de



Fuente: Fundación "Melvin Jones"
Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

fragilidad. Se obtuvo como resultados que 28 adultos mayores que corresponden al de riesgo

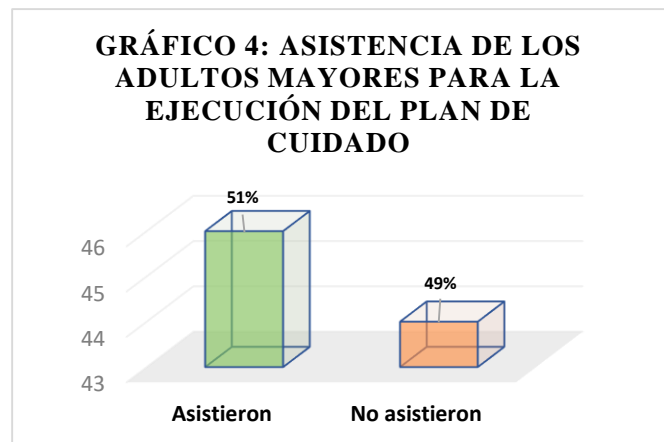
alto de caída, 41 de los usuarios que acuden a esta fundación tienen riesgo de caída, mientras que 21 sujetos poseen un menor riesgo de caída.



Fuente: Fundación "Melvin Jones"
Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Cumpliendo el segundo objetivo: Identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los adultos mayores, se obtuvo que los 90 participantes presentan los siguientes diagnósticos relacionados al síndrome de fragilidad, deterioro de la ambulación, deterioro de la movilidad física y riesgo de caída los cuales fueron obtenidos mediante la observación directa al momento de la aplicación de la escala de Tinetti a los usuarios que asisten a la Fundación Melvin Jones.

Este gráfico responde al siguiente objetivo: Ejecutar el plan de cuidados de enfermería enfocados en los dominios 1, 4 y 11, teniendo en cuenta que las actividades para cumplir dicho objetivo es: promocionar la salud mediante charlas educativas y realizar ejercicio adecuados a la condición física de los adultos mayores que acuden a la fundación “Melvin Jones” los resultados fueron obtenidos mediante la matriz de control de asistencia el cual refleja que 46 adultos mayores del total de la población asistieron a las charlas y realizaron ejercicio físico, mientras que 44 de los participantes no acudieron los días establecidos para la realización de las intervenciones.



Fuente: Fundación "Melvin Jones"
Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Este gráfico responde al siguiente objetivo: Ejecutar el plan de cuidados de enfermería enfocados en los dominios 1, 4 y 11, teniendo en cuenta que las actividades para cumplir dicho objetivo es: promocionar la salud mediante charlas educativas y realizar ejercicio adecuados a la condición física de los adultos mayores que acuden a la fundación “Melvin Jones” los resultados fueron obtenidos mediante la matriz de control de asistencia el cual refleja que 46 adultos mayores del total de la población asistieron a las charlas y realizaron ejercicio físico, mientras que 44 de los participantes no acudieron los días establecidos para la realización de las intervenciones.

4.2 Conclusiones

De acuerdo al objetivo general planteado: Aplicar intervenciones de enfermería en la fragilidad del adulto mayor. Fundación Melvin Jones; y a los resultados obtenidos en esta investigación podemos concluir que:

- ✓ La población con la que se llevó a cabo la investigación fue de 90 adultos mayores que asisten a la Fundación, de los cuales al aplicar la encuesta del instrumento de la escala de Tinetti se evidenció mediante los resultados obtenidos que 28 adultos mayores corresponden al riesgo alto de caída, siendo estos los de mayor fragilidad.
- ✓ Se identificaron los diagnósticos de enfermería más frecuente en la fragilidad del adulto mayor que acude a la Fundación Melvin Jones, los cuales son: Síndrome de fragilidad r/c sedentarismo m/p deterioro de la ambulaci3n, deterioro de la movilidad f3sica r/c deterioro m3sculo esquel3tico, m/p alteraci3n en la marcha, deterioro de la ambulaci3n r/c deterioro del equilibrio, m/p deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares y para subir escaleras y riesgo de ca3da r/c edad mayor a los 65 a3os, deterioro del equilibrio, deterioro de la movilidad f3sica, los mismos que ser3n ejecutados en el plan de cuidados.
- ✓ Despues de realizar la valoraci3n de la fragilidad y la identificaci3n de los diagn3sticos de enfermer3a m3s frecuentes en los adultos mayores, se dise3aron planes de cuidados cuyas intervenciones est3n dirigidas a la marcha y equilibrio beneficiando a los adultos mayores con fragilidad.

4.3 Recomendaciones

- ✓ Se sugiere a las facilitadoras que ayudan en la planificación de las actividades en la Fundación “Melvin Jones” a realizar la evaluación de la escala de Tinetti en lapsos de tiempo considerables para poder diagnosticar si hay variación en el grado de riesgo de caída que poseen los adultos mayores que acuden a la misma, y así detectar si hay cambios en la fragilidad.

- ✓ Se recomienda a la Fundación contar con profesionales de enfermería para realizar la identificación de los diagnósticos enfermeros en los adultos mayores y así poder brindar intervenciones más específicas en relación a su condición física.

- ✓ Promocionar la salud mediante actividades de promoción para mejorar el conocimiento en los adultos mayores y a sus cuidadores que asisten a la Fundación “Melvin Jones”, abarcando los temas relacionados al envejecimiento y los beneficios del ejercicio en los pacientes con fragilidad, de tal manera que se sientan motivados a la práctica del mismo, ya que este es considerado una de las intervenciones de enfermería más eficaces para disminuir las caídas.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Alligood, M. R. (2018). Virginia Henderson. En M. R. Alligood, *Modelos y Teorías en enfermería* (pág. 616). España: Elsevier.
- Achury, D. M., Achury, L. F., & Rodríguez, S. M. (2013). El evento adverso. En D. M. Achury, L. F. Achury, & S. M. Rodríguez, *Fundamentos enfermeros en el proceso de administración de medicamentos* (pág. 8). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Alejandro Martínez, J., Expósito Gárces, A., & Quesada Barranco, E. (2018). Caídas en personas mayores. En J. Alejandro Martínez, A. Expósito Gárces, & E. Quesada Barranco, *Administración Pública y Atención Sociosanitaria* (pág. 15). España: Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.
- Beltran Iracet, E., & Segura Cardona, R. (2010). Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. En *Circunducción* (págs. 235-236). México: Masson, S.A.
- Cañete Crespillo, J., & Gomez, J. (2008). Osteomalacias y otras enfermedades óseas. En J. Cañete Crespillo, & J. Gomez, *Manual Ser de las enfermedades Reumaticas* (pág. 405). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Cárdenas Anton, D. (2017). Definición de Hipertiroidismo. En D. Cárdenas Anton, *Servicio Extremo de Salud* (pág. 576). Madrid: CEP.
- Chávez Mendoza, K. (2018). Definición de depresión. En K. Chávez Mendoza, *Depresión Manual de Intervenciones Grupal en Habilidades sociales* (pág. 4). México: EL MANUAL MODERNO.
- Dalet, R. (2008). Parálisis. En R. Dalet, *Enciclopedia de los puntos que curan* (pág. 268). Barcelona: ROBINBOOK.
- De Elorza Marínez, G. (2011). Geriatria. En G. De Elorza Marínez, *Manuel de enfermería de Zamora* (pág. 1032). Colombia: Zamora.

- Flores, R., Vargas Fernandez, J., & Domínguez Yebra, K. (2014). Ejercicio. En *Plan de vida y carrera* (pág. 107). México: Pearson.
- García González, M. d. (2004). Conceptos Básicos del modelo de Virginia Henderson. En M. d. González, *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson* (pág. 348). México: Progreso.
- Gómez García, A. (2011). Definición De Incontinencia Urinaria. En A. Gómez García, *Factores Pronósticos en la corrección quirúrgica de esfuerzo inmediato* (pág. 7). España: Ediciones Universidad Calamanca.
- Jimenez, M. A. (2007). Tratado de geriatría para residentes. En M. A. Jimenez, *Tratado de geriatría para residentes* (pág. 816). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2007.
- Johnson, M., Bulechek, G., & Butcher, H. (2007). Movilidad Física, deterioro. En *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC* (pág. 297). Barcelona: ELSEVIER.
- Leal Becerra, M. E. (2013). Funcionalidad en la vejez. En M. E. Leal Becerra, *Amores y Desamores en la vejez* (pág. 26). México: Científico Tecnica.
- Marcos del Cano, M., & Topa Cantisano, G. (2012). Concepto de Salud mental y enfermedad. En M. Marcos del Cano, & G. Topa Cantisano, *Salud Men* (pág. 17). Madrid: Universidad Nacional de Educación Adistsncia.
- Martínez López, J. F. (2008). Úlceras por presión. En J. F. Martínez López, *Prevención y tratamiento de úlceras y escaras* (pág. 21). España: Vértice.
- Mendoza Murillo, C. (2014). Poliomiositis y Dermatomiositis. En C. Mendoza Murillo, *Manual de Reumatología* (pág. 201). México: El Manual Moderno.
- NANDA. (2015-2017). Déficit de las actividades recreativas. En NANDA, *Diagnósticos enfermeros* (pág. 139). Barcelona: ELVESIER.
- NANDA. (2015-2017). Deterioro de la ambulación. En NANDA, *Diagnósticos enfermeros* (pág. 214). Barcelona: ELVESIER.

- NANDA. (2015-2017). Deterioro de la deambulaci3n. En NANDA, *Diagn3sticos enfermeros* (p3g. 217). Barcelona: ELVESIER.
- NANDA. (2015-2017). Riesgo de ca3da. En NANDA, *Diagn3sticos enfermeros* (p3g. 382). Barcelona: ELVESIER.
- NIC. (2013). Terapia de ejercicio:equilibrio . En NIC, *Clasificaci3n de intervenciones de enfermer3a* (p3g. 415). Barcelona: ELVESIER.
- Nieuwenhyus, R. (2012). Sistemas Funcionales. En R. Nieuwenhyus, *El Sistema Nervioso Central* (p3g. 372). Bogot3: Editorial M3dica Panamerica.
- NOC. (2013). Marcha . En Noc, *Clasificaci3n de Resultados de enfermer3a* (p3g. 406). Barcelona: ELVESIER.
- Ortiz Corredor, F. (2016). S3ndromes Hipercin3ticos. En F. Ortiz Corredor, *Texto de Medina F3sica y Rehabilitaci3n* (p3g. 201). Bogot3: El Manual Moderno.
- Palacios Ce3a, D., & Salvadores Fuentes, P. (2013). S3ndromes Geri3tricos. En D. Palacios Ce3a, & P. Salvadores Fuentes, *Cuidados en personas mayores con alteraciones cognitivas y emocionales en residencias* (p3gs. 101-112). Madrid: DIKYNSON.
- Triad3, C., & Villar, F. (2006). Cambios F3sicos en el envejecimiento. En C. Triad3, & F. Villar, *Psicolog3a de la vejez* (p3g. 65). Madrid: Alianza Editorial.

WEB

- Aburto, L. C. (2010). Evaluaci3n del paciente con trastorno de. *Revista Hospital Clinico Universidad de Chile* .
- Agudelo, A., Bri3ez, T., Guar3n, V., & Ru3z, J. (2013). Marcha: descripci3n, m3todos, herramientas. *CES Movimiento y Salud*.
- Camacho Caicedo, A. (2014). Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/44110/1/52522093.2014.pdf>
- Carrasco, D. M. (2017). *Escuela de Medicina*. Obtenido de <http://medicina.uc.cl/publicacion/fragilidad-sindrome-geriatrico-evolucion/>

- Constitución de la Republica del Ecuador. (2018). *Asamblea Nacional*. Obtenido de https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Chimbo, J., & Chuchuca, A. (2016). Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23655/1/TESIS.pdf>
- Dirección Nacional Juridica. (29 de 04 de 2016). Obtenido de www.ipgh.gob.ec/index.php/comisiones/cartografia/.../category/22-seccion-legal?
- Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández, D. J. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Scielo*.
- Ecured. (2018). Obtenido de [https://www.ecured.cu/Cant%C3%B3n_La_Libertad_\(Ecuador\)](https://www.ecured.cu/Cant%C3%B3n_La_Libertad_(Ecuador))
- Espinoza, L. R., & Sánchez Hernández, C. D. (Julio de 2016). Síndrome de fragilidad en el adulto mayor en una comunidad rural de Puebla, México. *Duazary*. Obtenido de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1717/1214>
- Fernandez, E., & Estévez, M. (25 de 06 de 2013). La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*. Obtenido de <file:///F:/POSTER%20LAWTON%20Y%20BRODY/La%20valoración%20geriátrica%20integral%20en%20el%20anciano%20hospitalizado.pdf>
- Holguin Osorio , V. (2 de Junio de 2016). *Salud Materno Infantil*. Obtenido de <https://saludmaternoinfantilword.wordpress.com/2016/06/02/actividad-fisica/>
- IESS . (2018). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social* . Obtenido de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social : <https://www.iess.gob.ec/es/web/pensionados/programa-del-adulto-mayor>
- INEC. (10 de 2010). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>

- Jauregui, J., & Rubin, R. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Italiano*.
- Jimenez, P. (18 de 11 de 2013). *Pontificia Universidad Catolica del Perú*. Obtenido de <http://deportes.pucp.edu.pe/tips/el-equilibrio-y-su-importancia-en-la-actividad-fisica/>
- Landinez Parra, N. S., Contrera Valencia , K., & Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Scielo*, 565.
- Medigraphic. (2010). Definicion y objetivos de la geriatría. *Medigraphic*.
- MIES . (2014). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- MIES. (Diciembre de 2010). *Ministerio de Inclusion Economica y Social*. Obtenido de Ministerio de Inclusion Economica y Social: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Muñoz, D. (03 de 2009). Obtenido de <http://www.efdeportes.com/efd130/la-coordinacion-y-el-equilibrio-en-el-area-de-educacion-fisica.htm>
- Myers, E. (2015). *Notas de enfermería*. México: McGrawHill.
- Nemerovsky , J. (2016). Obtenido de <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2016/07/Sarcopenia.pdf>
- OMS . (5 de Febrero de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS . (2018). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/

- OMS . (23 de 02 de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- OMS. (05 de 02 de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS. (2018). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Pavajeau Hernandez, J. J., Díaz Alay, Z. S., Santos Holguin, S. A., & Juez Morán, T. A. (2018). Evaluación del riesgo de caída en los adultos mayores de la Parroquia Anconcito, Santa Elena. *Ciencia Digital*. Obtenido de <http://www.cienciadigital.org/revistascienciadigital/index.php/CienciaDigital/article/view/12>
- RAE. (2017). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=RYJfZWc>
- RAE. (2017). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=5aGCINF>
- RAE. (2018). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=CEjjsLO>
- RAE. (2018). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=SAPiB4x>
- Redalyc.org . (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 161.
- Rodríguez Jimenez, A. M. (Noviembre de 2016). Obtenido de http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/610/1/2016-T-mgg-009_rodriguez_jimenez_andrea_maria.pdf
- Salazar Maya, Á. M., & García Alvarado, A. M. (2014). *Ánalisis del concepto de envejecimiento. Scielo*.
- Sánchez, D. M. (28 de 06 de 2013). *Portales Medicos.com*. Obtenido de Portales Medicos.com:

<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2304/2/Fragilidad-en-el-adulto-mayor->

Stanley, M., Blair, K., & Gauntlett Beare, P. (2009). *Enfermería Geriátrica*. México: McGrawHill.

Trejo Martinez, F. (2008). Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enfermería Neurológica*, 39-44.

Valera Pineda, L., & Tello Rodriguez, T. (2016). Fragilidad en el adulto mayor: Detección, Intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Redalyc*.

Villacis Loja, A. F., & Aguilar Ordoñez, H. E. (2012). Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5493/1/TESIS.pdf>

Villacis Loja, A. F., & Aguilar Ordoñez, H. E. (2012). Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5493/1/TESIS.pdf>

VIU. (21 de 03 de 2018). *Universidad Internacional de Valencia* . Obtenido de Universidad Internacional de Valencia : <https://www.universidadviu.com/gerontologia-definicion/>

VIU. (21 de 03 de 2018). *Universidad Internacional de Valencia*. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/proceso-atencion-enfermeria-concepto-etapas/>

APÉNDICES Y ANEXOS

ANEXO 1. PRESUPUESTO

Rubro	Descripción	Cantidad	Costo unidad	Total
TESIS				
Materiales	Impresiones(Tríptico)	180	\$0,25	\$45,00
	Material de escritorio		\$10,00	\$30,00
	Empastados	3	\$12	\$36,00
	Esferos	10	\$0,40	\$4,00
	Anillados	3	\$1.20	\$3.60
	Impresiones a colores	510	\$0.15	\$76,56
	Impresiones a blanco y negro (Consentimiento informado)	200	\$0.05	\$10,00
	Pelotas antiestrés	36	\$0,50	\$18,00
	Cajones	4	\$15,00	\$60,00
Viáticos	Transporte	100	\$0,30	\$30,20
	Imprevistos		\$20,00	\$20,00
Recursos	Internet	400 horas	\$80	\$320,00
	Certificación gramatical y ortográfica	---	---	\$60,00
	Impresiones a blanco y negro (Escala de Tinetti)	200	\$0,05	\$10,00
Total				\$ 723,36

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

ANEXO 2 CRONOGRAMA

N°	ACTIVIDADES REALIZADAS	MESES Y SEMANAS DE ACTIVIDADES				
		JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
1.	Elaboración del tema, previo hacer revisado cómo tema de titulación.					
2.	Elaboración del planteamiento, descripción y enunciado del problema.					
3.	Elaboración de la justificación del problema, determinación de los objetivos, viabilidad y factibilidad.					
4.	Elaboración del marco teórico, institucional, organigrama y marco legal.					
5.	Elaboración del marco contextual, antecedentes investigativos, fundamentación científica y fundamentación de enfermería.					
6.	Elaboración de hipótesis, variables y operacionalización.					
7.	Elaboración del diseño metodológico y bibliografía.					
8.	Elaboración y aplicación, de encuestas.					
9.	Análisis e interpretación de los resultados.					
10.	Elaboración y aplicación, de actividades educativas.					
11.	Revisión y corrección del trabajo					
12.	Revisión y presentación del, trabajo final.					
13.	Sustentación y defensa del trabajo de investigación.					

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

ANEXO 3 MODELO DE PLAN DE CUIDADOS ESTABLECIDO POR LA CARRERA DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C												
	<p>Dominio: Clase:</p> <table border="1" data-bbox="751 532 1333 1292"> <thead> <tr> <th data-bbox="751 532 1129 581">Indicadores</th> <th data-bbox="1129 532 1171 581">1</th> <th data-bbox="1171 532 1213 581">2</th> <th data-bbox="1213 532 1255 581">3</th> <th data-bbox="1255 532 1297 581">4</th> <th data-bbox="1297 532 1333 581">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="751 581 1129 1292"></td> <td data-bbox="1129 581 1171 1292"></td> <td data-bbox="1171 581 1213 1292"></td> <td data-bbox="1213 581 1255 1292"></td> <td data-bbox="1255 581 1297 1292"></td> <td data-bbox="1297 581 1333 1292"></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5							<p>Campo: Clase: Intervención:</p> <div data-bbox="1388 516 1913 1297" style="border: 1px solid black; height: 481px; width: 250px;"></div>
Indicadores	1	2	3	4	5									

Elaborado por:
Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

ANEXO 4. AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN



UPSE

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA



CARRERA DE ENFERMERIA

Oficio No. 221 - CE – 2018.

La Libertad, 03 de Julio del 2018.

Ing. Jorge Saavedra Palma

REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL MELVIN JONES

Ciudad.

Estimado Ingeniero, reciba un cordial saludo de quienes formamos parte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, conocedores de su alto espíritu de colaboración en la formación de talento humano, solicito a Usted, la autorización para que las egresadas puedan realizar las actividades referentes a su trabajo de Titulación, siendo las siguientes:

- JAMI LÓPEZ ELIANA MARÍA y SALINAS BARRERA RUDDY STEFANY, cuyo tema es “ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN MELVIN JONES. 2018”.
- LAÍNEZ TREJOS JENIFFER LISSETTE y TOMALÁ MALAVÉ MARÍA BELÉN, cuyo tema es INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR. FUNDACIÓN MELVIN JONES. 2018.

Las docentes tutoras y responsables del seguimiento son: Dra. Elsie Zoraida Suárez Yagual, M.Sc. y Lic. Yanelis Suárez Angeri, M.Sc.

Segura de contar con una respuesta positiva, reitero mi agradecimiento


Cordialmente,




Lic. Alicia Cercado Mancero, MSc.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
cc. archivo



Aprubado
por
lic. Joel Villanueva



ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN “INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR. FUNDACION MELVIN JONES 2018”

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

El presente estudio es conducido por el Grupo de investigación de la Carrera de Enfermería – Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Universidad Estatal Península de Santa Elena, coordinado por la Lcda. Yanelys Suarez MSc. La meta de este estudio es Aplicar intervenciones de enfermería en la fragilidad del adulto mayor. Fundación Melvin Jones 2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá colaborar con un test que servirá para valorar la fragilidad. Esto tomará aproximadamente 30 minutos. La investigación no tendrá costo para Usted ni para su entidad patrocinante, ni generará ningún riesgo en su integridad física ni psicológica y en su defecto permitirá la generación de estrategias educativas enfocadas a disminuir la problemática de la población geriátrica.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el test le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Lugar y fecha: _____

Yo, _____, con número de cédula _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducido por el Grupo de investigación de la Carrera de Enfermería – Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Universidad Estatal Península de Santa Elena, coordinado por la Lcda. Yanelys Suarez MSc., he sido informado (a) de que la meta de este estudio Aplicar intervenciones de enfermería en la fragilidad del adulto mayor. Fundación Melvin Jones 2018.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a cualquier miembro del equipo de investigación del proyecto.

Firma del Participante

ANEXO 6. ESCALA DE TINETTI



UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



Nombre del Paciente: Sexo: M F

Edad:

ESCALA DE TINETTI: EQUILIBRIO

SILLA: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. De instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.	
1. AL SENTARSE:	
0	Incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.
1	Capaz y no cumple los criterios para 0 o 2.
2	Se sienta mediante movimientos fluidos y seguro y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.
2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTA SENTADO:	
0	Incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).
1	Se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
2	Firme, seguro, erguido.
3. AL LEVANTARSE:	
0	Incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.
1	Capaz, pero requiere 3 intentos.
2	Capaz en 2 intentos o menos.
4. EQUILIBRIO INMEDIATO AL PONERSE DE PIE (primero 5 seg):	
0	Inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
1	Establece, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
2	Establece sin andador, bastón u otro soporte.
DE PIE: Ver ilustraciones de posición específicas de los pies en la siguiente página.	
5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:	
0	Incapaz o inestable o solo se mantiene ≤ 3 segundos.
1	Capaz, pero usa andador, bastón u otro soporte o solo se mantiene por 4-9 segundos.
2	Base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos. Tiempo: __ __, __ segundos.
6. PRUEBA DE TIRON (El paciente en la posición máxima obtenida en #5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):	

0	Comienza a caerse.
1	Da más de 2 pasos hacia atrás.
2	Menos de 2 pasos hacia atrás y firme.
7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:	
0	Incapaz o se apoya en objetos de soporte por < 3 segundos.
1	Capaz por 3 o 4 segundos.
2	Capaz por 5 segundos. Tiempo: __ __, __segundos.
8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:	
0	Incapaz o se apoya en objetos de soporte por < 3 segundos.
1	Capaz por 3 o 4 segundos.
2	Capaz por 5 segundos. Tiempo: __ __, __segundos.
9. POSICION DE SEMI-TÁNDEM:	
0	Incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al dolor (ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene < 3 segundos.
1	Capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2	Capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos. Tiempo: __ __, __segundos.
10. POSICION TÁNDEM:	
0	Incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por ≤ 3 segundos.
1	Capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2	Capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos. Tiempo: __ __, __segundos.
11. SE AGACHE (para recoger un objeto del piso):	
0	Incapaz o se tambalea.
1	Capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
2	Capaz y firme.
12. SE PARA EN PUNTILLAS:	
0	Incapaz.
1	Capaz pero por < 3 segundos.
2	Capaz por 3 segundos. Tiempo: __ __, __segundos
13. SE PARA EN LOS TALONES:	
0	Incapaz.
1	Capaz pero por < 3 segundos.
2	Capaz por 3 segundos. Tiempo: __ __, __segundos
TOTAL, EQUILIBRIO	

ESCALA DE TINETTI: MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

Anote el tipo de piso: __linóleo/cerámica __madera __cemento/concreto __otro: _____

1. INICIO DE LA MARCHA (inmediatamente después de decirle “camine”):	
0	Cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.
1	Sin vacilación.
2. TRAYECTORIA (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.	
0	Marcada desviación.
1	Moderada o leve desviación o utiliza ayudas.
2	Recto, sin utilizar ayudas.
3. PIERDE EL PASO (tropieza o pérdida del balance):	
0	Si, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.
1	Si, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
2	No.
4. DA LA VUELTA (mientras camina):	
0	Casi cae.
1	Leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
2	Estable, no necesita ayudas mecánicas.
5. CAMINE SOBRE OBSTACULOS (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):	
0	Comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso >2 veces.
1	Capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.
2	Capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.
TOTAL, MARCHA	
Ponderación	
Riesgo alto de caída	Menor a 19
Riesgo de caída	19 – 24
Menor riesgo de caída	Mayor a 24

ANEXO 7. PLAN DE CHARLA



UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

Plan educativo 1 aplicado en la Fundación “Melvin Jones”.

TEMA: Envejecimiento, Cambios físicos en el adulto mayor y Fragilidad

GRUPO: Adultos Mayores

LUGAR: Fundación “Melvin Jones”.

RESPONSABLES: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

OBJETIVOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS	
		TÉCNICA	RECURSOS
<p>Objetivo General: Brindar información sobre el envejecimiento a los adultos mayores que acuden a la Fundación Melvin Jones, mediante charlas educativas.</p> <p>Objetivo Específico: Dar a conocer los cambios físicos por los que atraviesa el adulto mayor.</p> <p>Exponer los signos y síntomas de la fragilidad en el adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué es el envejecimiento? ▪ Adulto mayor sano ▪ Adulto mayor enfermo ▪ Adulto mayor frágil ▪ Cambios físicos en el adulto mayor ▪ ¿Qué es fragilidad? ▪ Signos y síntomas de fragilidad 	<p>Exposición oral: Presentación del tema, definiciones y aclaración de interrogantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Diapositivas ▪ Trípticos

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén



UNIVERSIDAD ESTADAL PENINSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

Plan educativo 2 aplicado en la Fundación “Melvin Jones”.

TEMA: Ejercicio físico en el adulto mayor, Tipos de ejercicios físicos

GRUPO: Adultos Mayores

LUGAR: Fundación “Melvin Jones”.

RESPONSABLES: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

OBJETIVOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS	
		TÉCNICA	RECURSOS
<p>Objetivo General: Instruir al adulto mayor que asiste a la Fundación “Melvin Jones” sobre los beneficios del ejercicio físico durante el envejecimiento.</p> <p>Objetivo Específico: Dar a conocer los tipos de ejercicio físico que pueden realizar los adultos mayores.</p> <p>Informar sobre la importancia de incluir el ejercicio en la vida diaria del adulto mayor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué es el ejercicio físico? ▪ ¿Qué es actividad física? ▪ Beneficios del ejercicio físico. ▪ Tipos de ejercicios para los adultos mayores 	<p>Exposición oral: Presentación del tema, definiciones y aclaración de interrogantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Diapositivas ▪ Trípticos

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

ANEXO 8. TRIPTICO SOBRE CAMBIOS FÍSICOS EN EL ADULTO MAYOR

Cambios en la apariencia física



- Canas, calvicie, arrugas
- Menos elasticidad de la piel
- Acumulación de grasa
- Rigidez en las articulaciones
- Deformación en las articulaciones
- Deformación de la columna
- Deformación de manos y pies
- Fragilidad en el cuerpo

Vejez

Es la última etapa de la vida de los seres vivos antes que se produzca el fallecimiento y es una inevitable consecuencia del paso del tiempo.

Adulto mayor

Esta palabra hace referencia a la suma de cambios que le suceden a un individuo con el paso del tiempo, en una relación entre la edad cronológica y los cambios biológicos, sociales y económicos.



FUNDACIÓN MELVÍN JONES

FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR



Lainez Trejos Jeniffer Lissette

Tomalá Malavé Maria Belén

¿Qué es fragilidad?

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.



Característica que definen a un adulto mayor frágil



- Pérdida de peso no intencionada
- Falta de fuerza
- Lentitud en la marcha
- Escasa actividad física
- Falta de energía

Intervenciones para mejorar la salud física

- Aportes nutricionales adecuados
- Fomentar en lo posible la actividad física
- Intervenciones para mejorar la salud mental
- Mantener un buen nivel de estímulos cognitivos
- Prevenir o paliar los deterioros sensoriales.
- Favorecer la percepción de apoyo social.



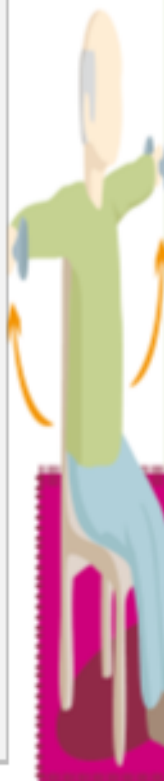
TRIPTICO TIPOS DE EJERCICIOS FÍSICOS PARA EL ADULTO MAYOR

Flexión de rodilla



- Póngase de pie, ante una mesa o respaldo de una silla, y agárrese para mantener el equilibrio.
- Doble lentamente la rodilla y elévela lo mas alto posible hasta aproximarla al muslo .
- Mantenga esa posición .
- Comience a bajar lentamente la pierna hasta su posición inicial.
- Repita lo mismo con la otra pierna.

Levantar los brazos



- Siéntese en una silla con la espalda derecha y apoyada sobre el respaldo.
- Apoye los pies en el suelo, distanciados y alineados con los hombros.
- Mantenga los brazos derecho a ambos lados, con las palmas de las manos hacia adelante .
- Comience a levantar los brazos hacia los costados , hasta llegar a la altura de los hombros.
- Mantenga esta posición .
- Baje lentamente los brazos .

**FUNDACIÓN MELVÍN
JONES**

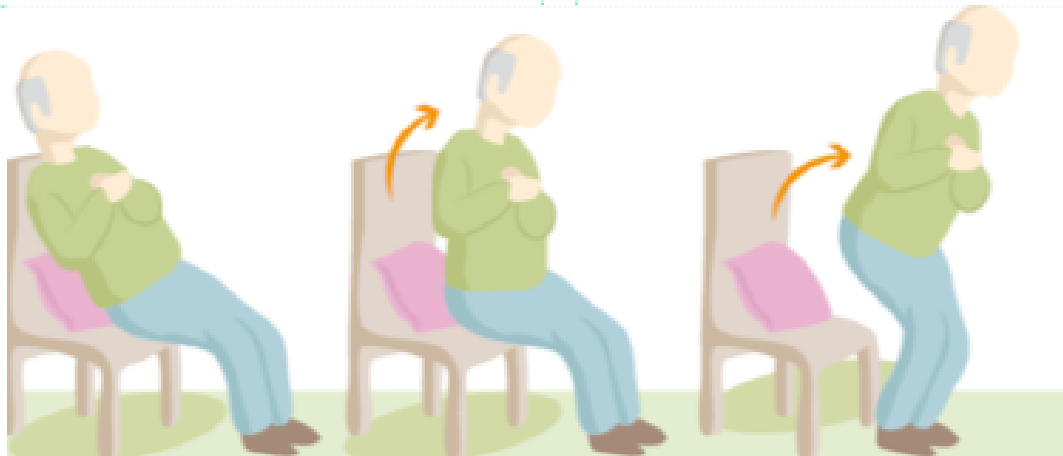
TIPOS DE EJERCICIOS PARA EL ADULTO MAYOR



Lainez Trejos Jeniffer Lissette

Tomalá Malavé Maria Belén

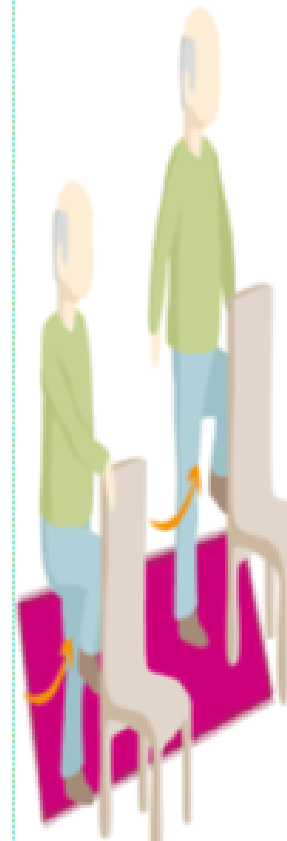
Levantarse de una silla



- Ponga un cojín en la espalda de la silla.
- Siéntese en el extremo o en la mitad de la silla, tenga las rodillas flexionadas, los pies separados y bien apoyados en el suelo.
- Túmbese sobre el cojín, en posición "semi-echado" con la espalda y los hombros derechos.

- Levante la parte superior del cuerpo intentando no ayudarse con las manos, hasta quedarse sentado derecho.
- Póngase de pie lentamente, usando las manos lo menos posible.
- Vuelva a sentarse lentamente.
- Mantenga derechos los hombros y la espalda durante todo el ejercicio.

Flexión de cadera

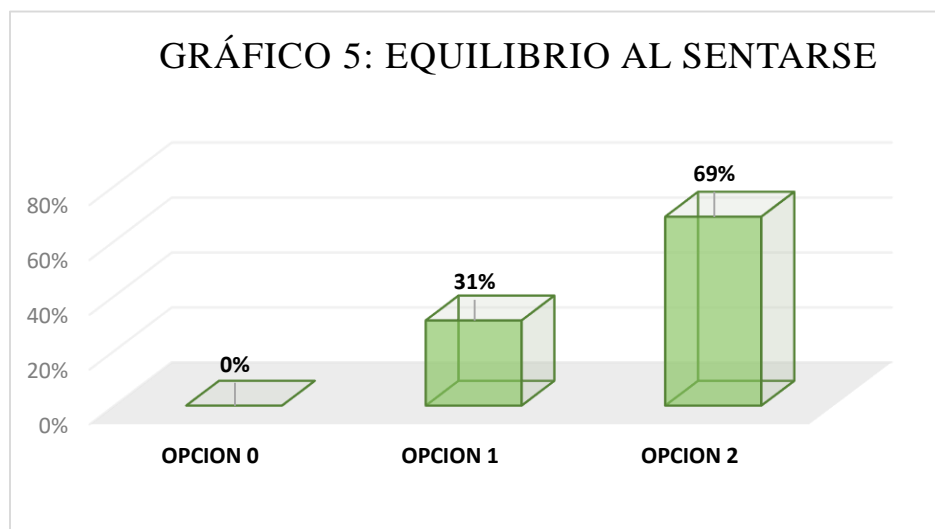


- Póngase de pie, recto y agárrese a una mesa o respaldo de una silla, para mantener el equilibrio.
- Eleve lentamente la rodilla hacia el pecho, sin doblar la otra rodilla, ni la cintura, ni las caderas.
- Permanezca en esta posición recto.
- Baje lentamente la rodilla hasta llegar el pie al suelo.
- Repita con la otra pierna.
- Añada las modificaciones a medida que vaya progresando.

ANEXO 10. TABLAS Y GRAFICOS ESTADISTICOS

Tabla 5. Equilibrio al sentarse

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	0	0%
OPCION 1	28	31%
OPCION 2	62	69%
TOTAL	90	100%



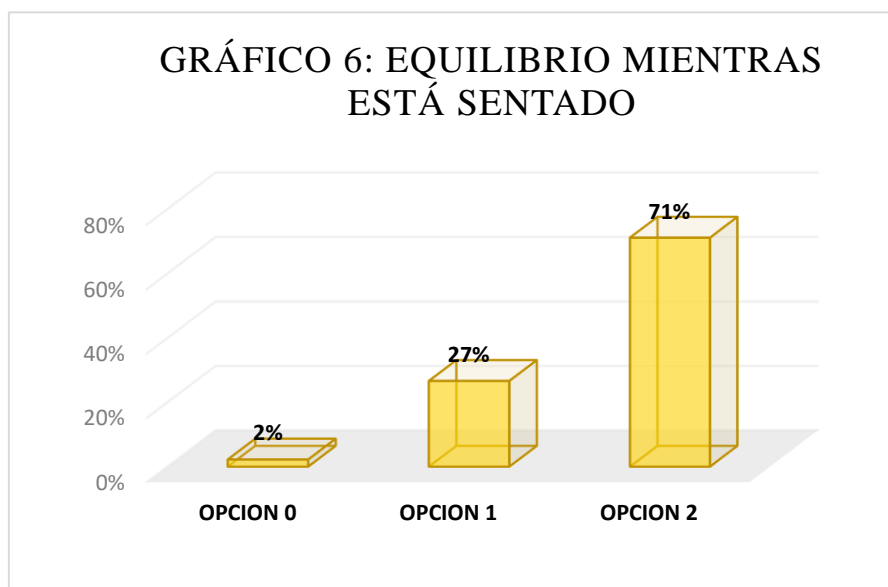
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: Mediante la escala aplicada el 31% de los participantes son capaces de sentarse sin perder el equilibrio, mientras que el 69% de la población adulta mayor se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla.

Tabla 6: Equilibrio mientras está sentado

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	2	2%
OPCION 1	24	27%
OPCION 2	64	71%
TOTAL	90	100%



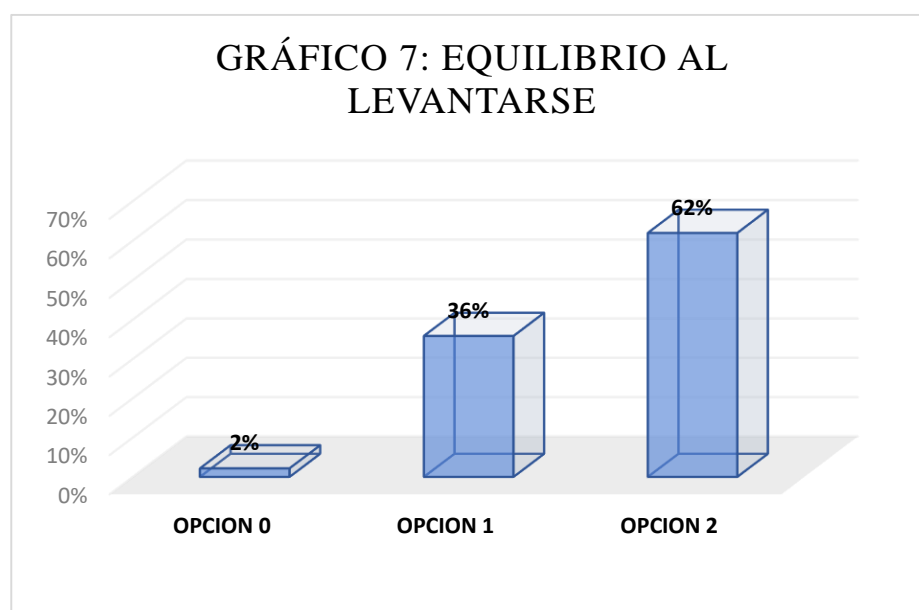
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: De acuerdo a los resultados obtenidos el 2% de los adultos mayores es incapaz de mantener equilibrada su posición mientras está sentada, el 27% se inclina levemente mientras y el 71% de los participantes mantiene un equilibrio firme, seguro y erguido mientras permanece sentado.

Tabla 7: Equilibrio al levantarse

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	2	2%
OPCION 1	33	36%
OPCION 2	57	62%
TOTAL	92	100%



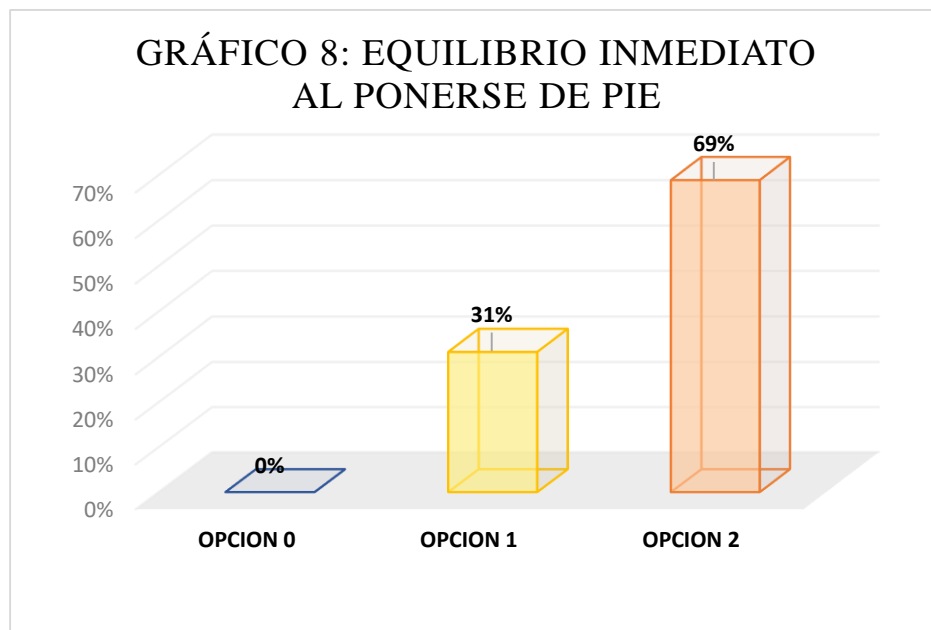
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: Se observó que el 2% de la población es incapaz de levantarse sin ayuda, el 36% es capaz, pero requiere de 3 intentos y 62% de la población adulta mayor es capaz de levantarse de la silla en 2 intentos o menos.

Tabla 8: Equilibrio inmediato al ponerse de pie

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	0	0%
OPCION 1	28	31%
OPCION 2	62	69%
TOTAL	90	100%



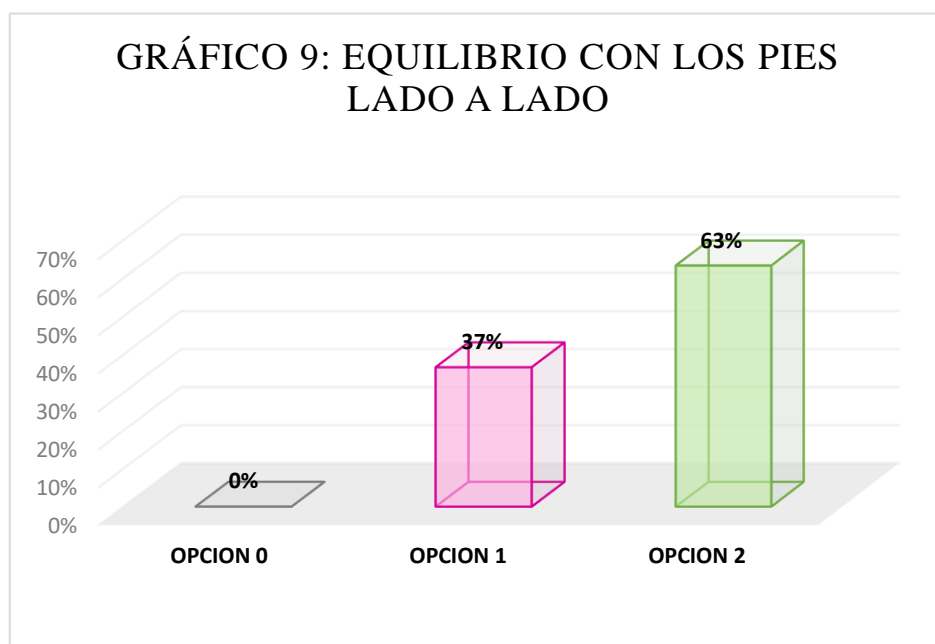
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: Se analizó que un 31% de los adultos mayores se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto mientras que el 69% de la población estudio mantiene un equilibrio inmediato estable al ponerse de pie.

Tabla 9: Equilibrio con los pies lado a lado

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	0	0%
OPCION 1	33	37%
OPCION 2	57	63%
TOTAL	90	100%



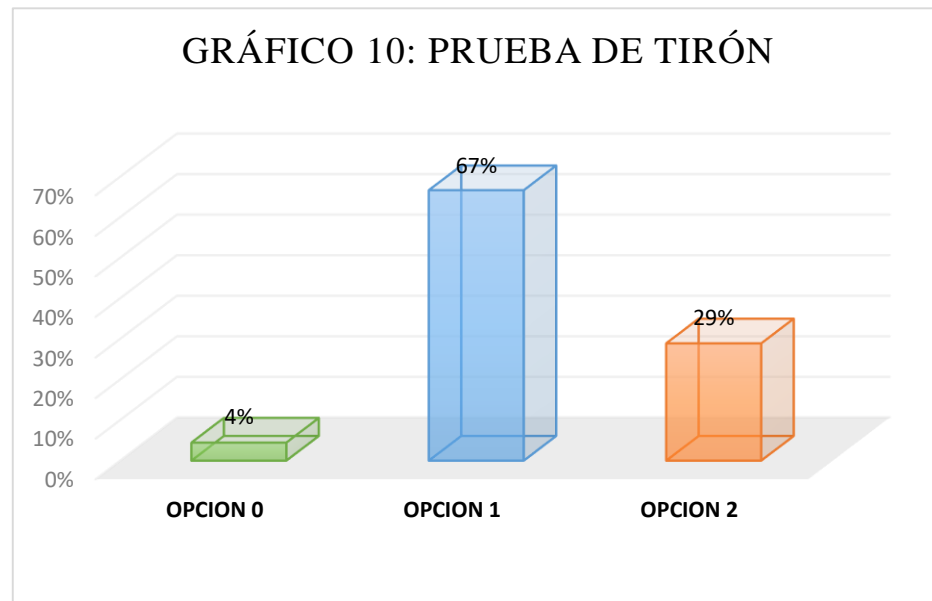
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: De acuerdo a los resultados se obtuvo que el 37% población estudio es capaz de mantenerse en esta posición, pero usando un soporte y el 63 % de la población mantiene el equilibrio con los pies lado con base de sustentación estrecha.

Tabla 10: Prueba de tirón

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	4	4%
OPCION 1	60	67%
OPCION 2	26	29%
TOTAL	90	100%



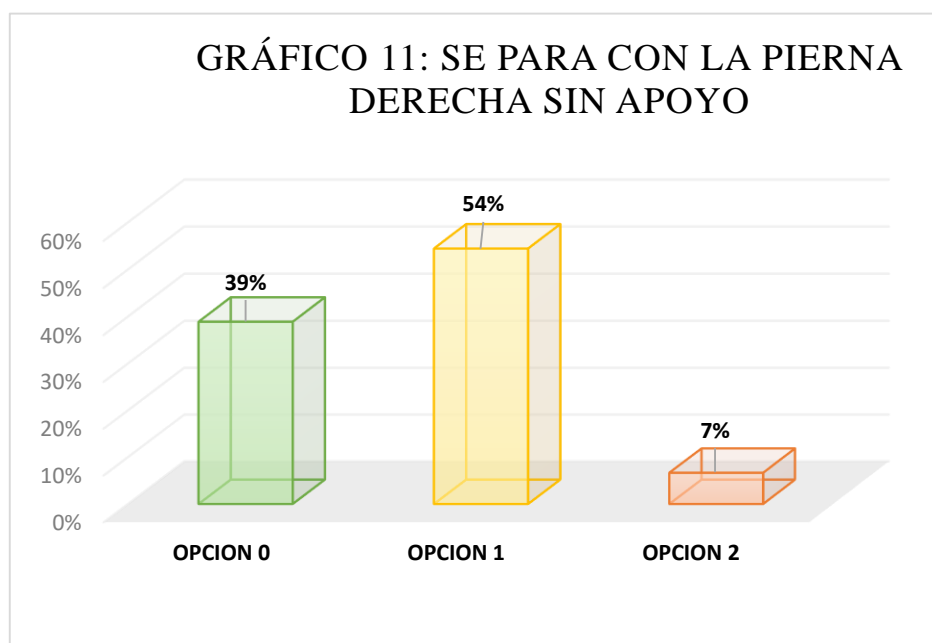
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: De los 90 adultos mayores que pertenecen a la Fundación "Melvin Jones", el 4% comienza a caerse cuando se realiza esta acción, el 67 % da más de dos pasos para poder mantenerse de pie y el 29% comienza a caerse debido a la pérdida del equilibrio.

Tabla 11: Se para con la pierna derecha sin apoyo

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	35	39%
OPCION 1	49	54%
OPCION 2	6	7%
TOTAL	90	100%



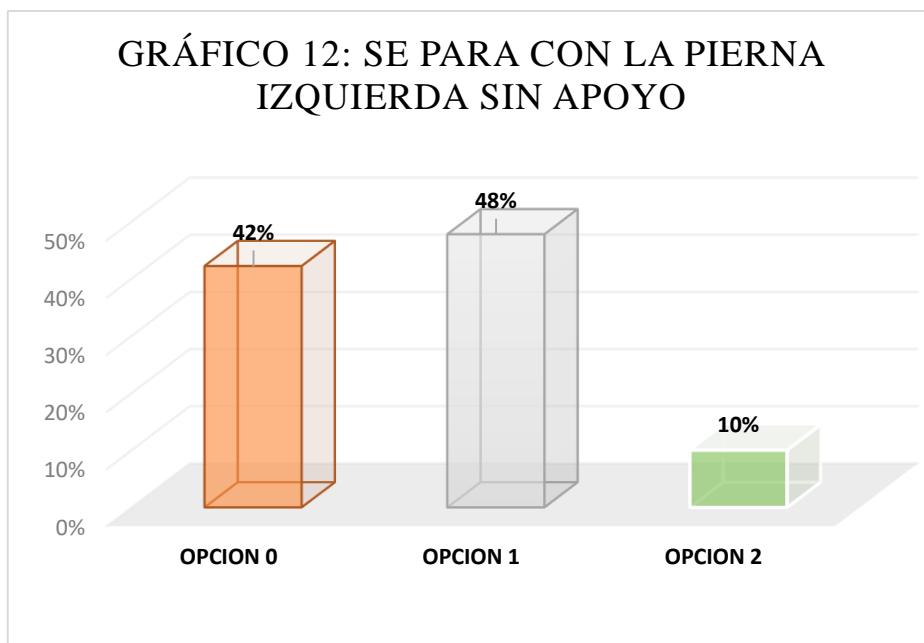
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: En la presente gráfica se puede observar que el 39% de los adultos mayores que acuden a la Fundación es incapaz de mantenerse en esta posición, el 54% se mantiene durante un aproximado de 3 o 4 segundos y el 7% pertenece en esta posición por 5 segundos.

Tabla 12: Se para con la pierna izquierda sin apoyo

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	38	42%
OPCION 1	43	48%
OPCION 2	9	10%
TOTAL	90	100%



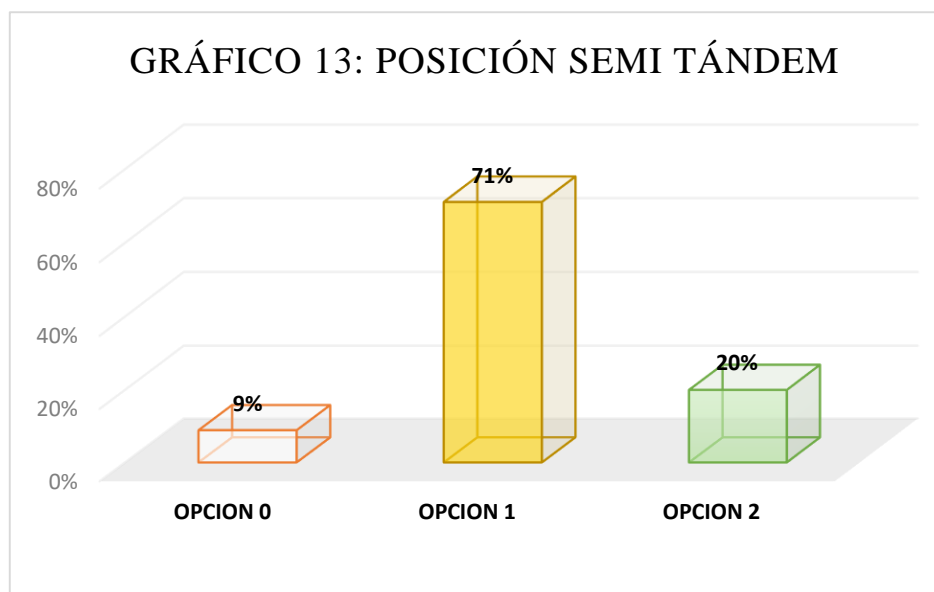
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: El 42% de los adultos mayores es incapaz de mantenerse en esta posición, el 48% permanece en ella por un tiempo determinado de 3 o segundos y el 10% lo realiza por un lapso de 5 segundos.

Tabla 13: Posición semi tándem

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	8	9%
OPCION 1	64	71%
OPCION 2	18	20%
TOTAL	90	100%



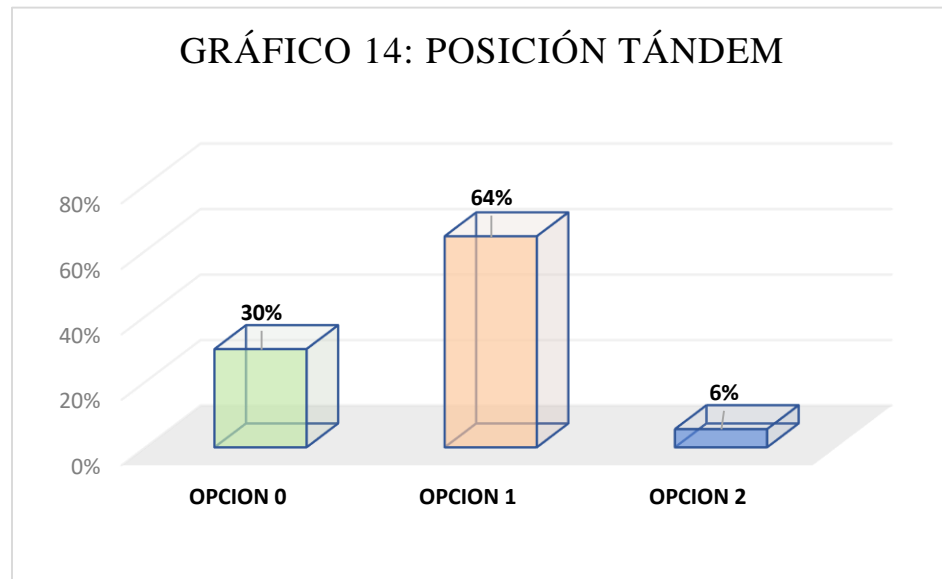
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: Según los datos presentados en el gráfico revela que el 9% del objeto de estudio comienza al caer al realizar esta posición, el 71% es capaz de mantenerse por 3 o 4 segundos y el 20% se mantiene en esta posición por 5 segundos.

Tabla 14: Posición tándem

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	27	30%
OPCION 1	58	64%
OPCION 2	5	6%
TOTAL	90	100%



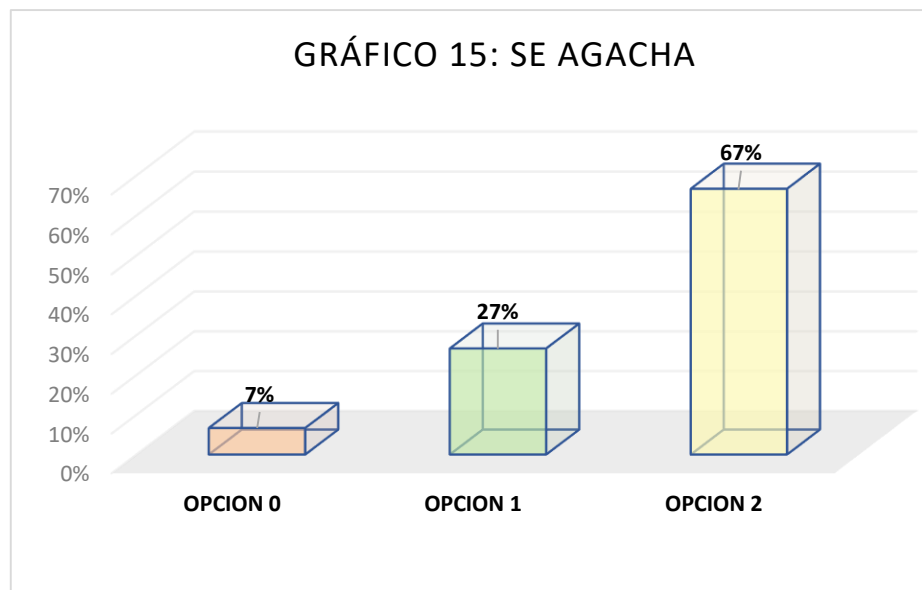
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: En estos datos estadístico se observa que el 30% de la población estudiada se mantiene en esta posición por un tiempo ≤ 3 segundo, el 64 % solo es capaz de mantenerse de 4 a 9 segundos, mientras que el 6 % corresponde a los adultos mayores mantenerse por 10 segundos.

Tabla 15: Se agacha

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	6	7%
OPCION 1	24	27%
OPCION 2	60	67%
TOTAL	90	100%



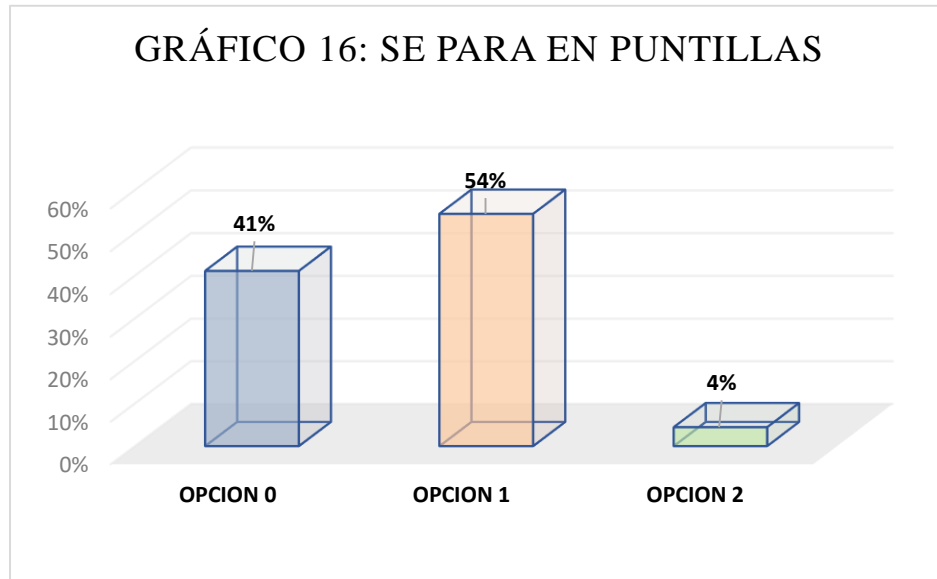
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: Según los datos que se obtuvieron mediante la escala de Tinetti a los adultos mayores reflejan lo siguiente: 7 % se tambalea al momento de agacharse, 27% requiere más de un intento para enderezarse y el 67% lo realiza sin ninguna complicación.

Tabla 16: Se para en puntillas

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	37	41%
OPCION 1	49	54%
OPCION 2	4	4%
TOTAL	90	100%



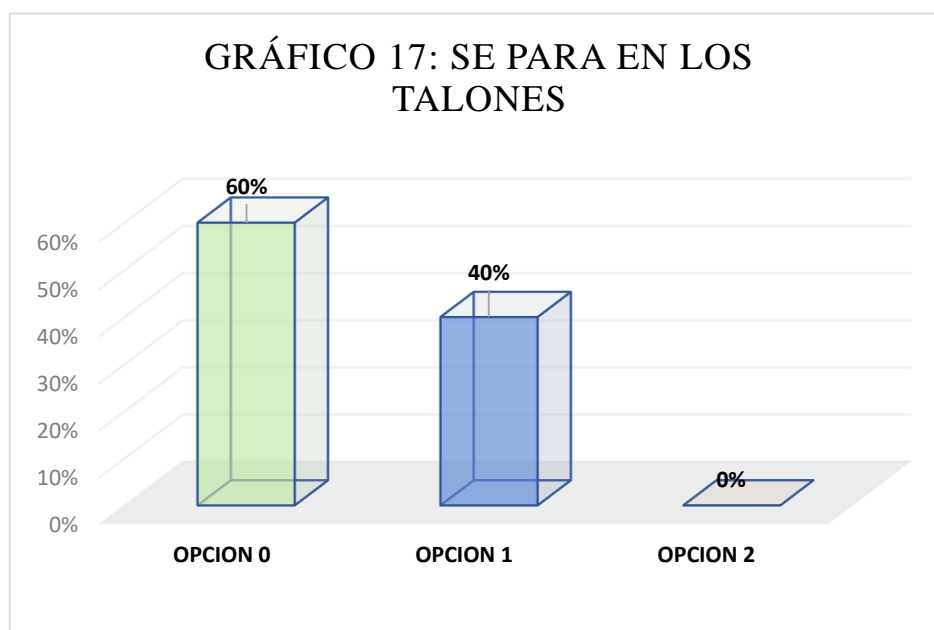
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: Mediante la escala se logró recolectar lo siguiente: 37 adultos mayores que corresponde al 41% es incapaz de pararse en puntillas, 54% lo logra en un tiempo < de 3 segundos que equivale a 49 sujetos y el 4% lo realiza por 3 segundo representando a 4 usuarios.

Tabla 17: Se para en los talones

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	54	60%
OPCION 1	36	40%
OPCION 2	0	0%
TOTAL	90	100%



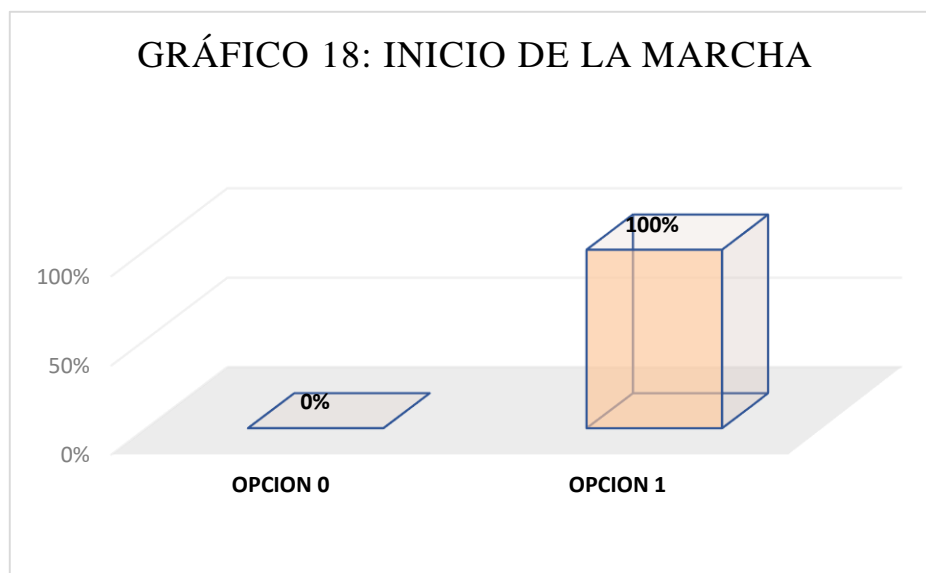
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: De los resultados obtenido 54 adultos mayores es incapaz de pararse sobre sus talones el cual corresponde 60 %, 36 participante lo logra en un tiempo < de 3 segundos que representa al 40% de la población estudiada.

Tabla 18: Inicio de la marcha

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	0	0%
OPCION 1	90	100%
TOTAL	90	100%



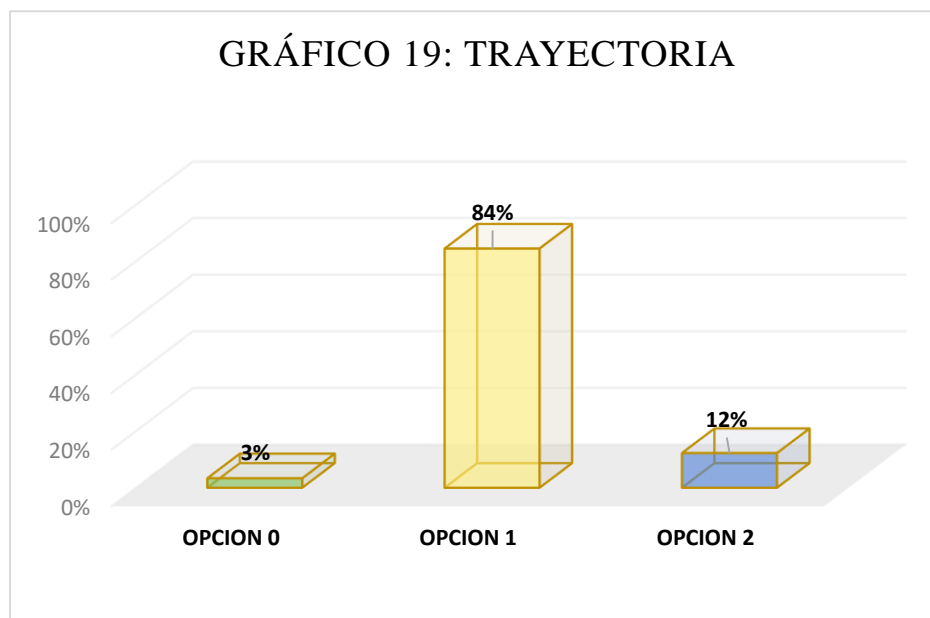
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lissette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: La población estudiada en la fundación “Melvin Jones” es de 90 adultos mayores los cuales representa el 100% indicando que al realizar la marcha lo realizan sin ninguna complicación.

Tabla 19: Trayectoria

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	3	3%
OPCION 1	76	84%
OPCION 2	11	12%
TOTAL	90	100%



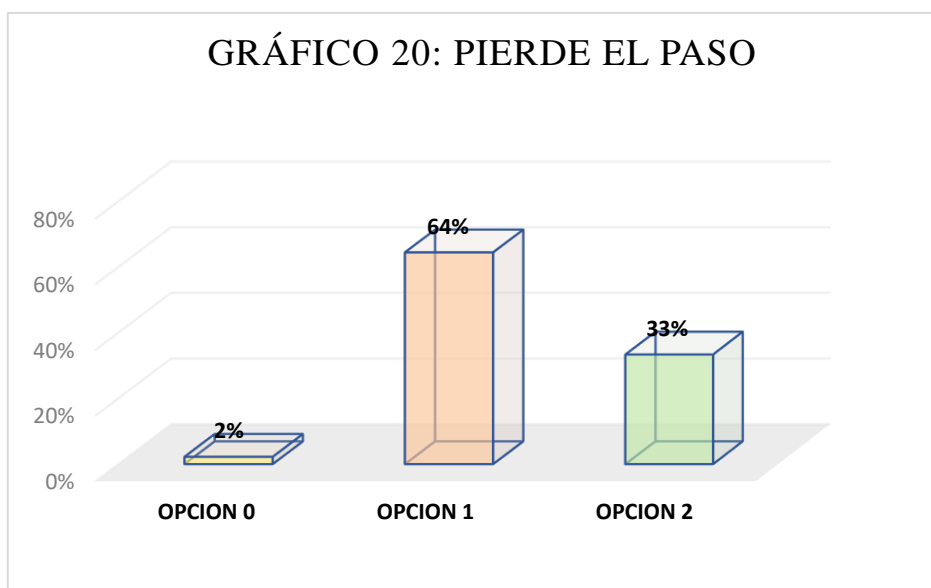
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: A través de la escala se logró recolectar los siguientes resultados: 3% de la población en la trayectoria se evidenció marcada desviación, 84% corresponde a moderada o leve desviación mientras que 12% va en dirección recta sin utilizar ayuda.

Tabla 20: Pierde el paso

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	2	2%
OPCION 1	58	64%
OPCION 2	30	33%



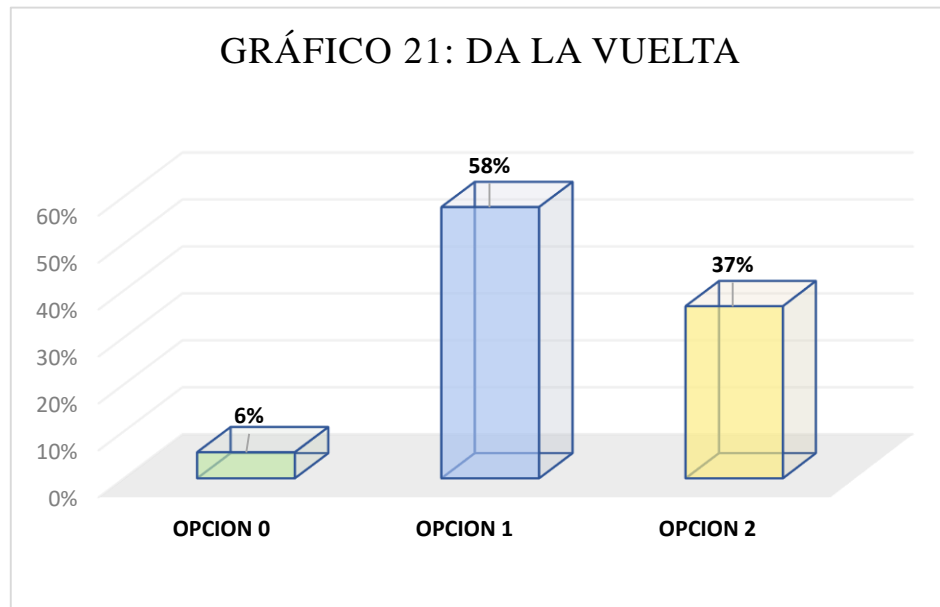
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: Mediante los resultados obtenido por la escala se observa que el 2% de los adultos mayores mientras caminan pierden el paso más de 2 veces, 64% hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces, mientras que el 33% no tiene pérdida del balance.

Tabla 21: Da la vuelta

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	5	6%
OPCION 1	52	58%
OPCION 2	33	37%
TOTAL	90	100%



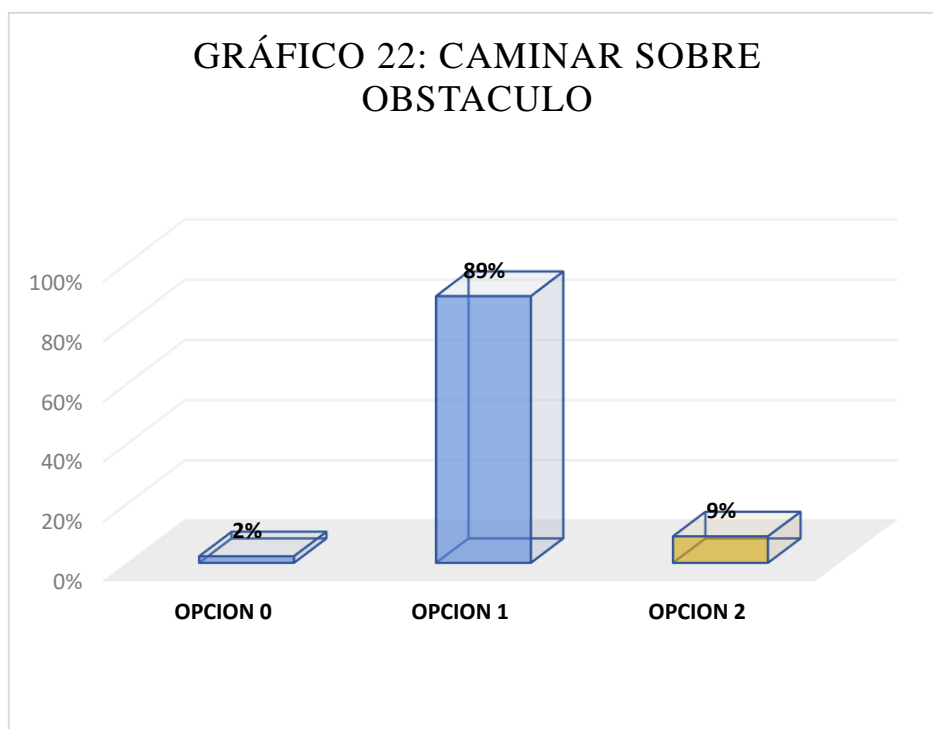
Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: A través de la recolección de datos se observa que el 6% de los adultos mayores al dar la vuelta casi cae, el 58% realiza leve tambaleo, pero se recupera y el 37% no necesita ayudas mecánicas permaneciendo estable mientras da la vuelta.

Tabla 22: Camina sobre obstáculo

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
OPCION 0	2	2%
OPCION 1	80	89%
OPCION 2	8	9%
TOTAL	90	100%



Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

Análisis: El 2% de los adultos mayores pierde el paso al momento de caminar sobre obstáculos, el 89% logra caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco mientras que el 9% camina firme por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

ANEXO 11. EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Foto 1. Adultos mayores que asisten a la Fundación Melvin Jones

Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén



Foto2. Adultos mayores firmando el consentimiento informado

Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén



Foto 3. Aplicación de la Escala de Tinetti

Fuente: Fundación "Melvin Jones"

Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén



Foto 4. Realizando charlas educativas en la Fundación Melvin Jones
Fuente: Fundación "Melvin Jones"
Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén



Foto 5. Entrega de trípticos a los adultos mayores
Fuente: Fundación "Melvin Jones"
Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén



Foto 6. Adultos mayores realizando ejercicio físico
Fuente: Fundación "Melvin Jones"
Elaborado por: Lainez Trejos Jeniffer Lisette y Tomalá Malavé María Belén

GLOSARIO

Ataxia espinoocerebelosa: se refiere a un grupo de las ataxias hereditarias, que son enfermedades neurológicas que se caracterizan por la degeneración de las células que componen el cerebelo (que es el centro de control del equilibrio y también de la coordinación de los movimientos del cuerpo) y, algunas veces, la medula espinal (Ortiz Corredor, 2016)

Bípedo: Que se sostiene sobre dos pies. (RAE, 2017)

Circunducción: Movimiento circular o semicircular de un miembro alrededor del eje del cuerpo. (Beltran Iracet & Segura Cardona, 2010)

Dependencia funcional: Situación de una persona que no puede valerse por sí misma. (RAE, 2018)

Dependencia Funcional: Es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir de manera independiente. (Leal Becerra, 2013)

Homeostenosis: Es la que conduce al aumento de la vulnerabilidad a la enfermedad, lo que lleva a que pequeños desafíos agoten las reservas¹⁴ y los resultados sean peores a los que se pudieran esperar. (Camacho Caicedo, 2014)

Locomoción: Desplazamiento de un lugar a otro. (Nieuwenhyus, 2012)

Paliativas: Dicho especialmente de algún determinado tratamiento o remedio, que tiene como mitigar, suavizar o atenuar el dolor de un enfermo. (RAE, 2017)

Patogénesis: Origen y desarrollo de las enfermedades. (RAE, 2018)

Propioceptivo: Dícese de las terminaciones nerviosas que proceden del propio cuerpo y que transmiten informaciones sobre la postura del cuerpo, los movimientos, el equilibrio, la actitud, etcétera.

Sarcopenia: Pérdida de masa y fuerza muscular en contexto del envejecimiento. (Nemerovsky , 2016)

ANEXO 12. CERTIFICADO DE ANTIPLAGIO

ANEXO 12. CERTIFICADO DE ANTIPLAGIO



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 18 septiembre del 2018

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado, **Intervenciones de enfermería en la fragilidad del adulto mayor. Fundación Melvin Jones. 2018.** elaborado por la estudiante **Lainez Trejos Jeniffer Lisette, Tomalá Malavé María Belén**, egresado(a) de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado/a en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto ejecutado, se encuentra con **2%** de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Suárez Angeri Yanelis, MSc.

DOCENTE TUTOR

Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena
Correo: biblioteca@upse.edu.ec
Teléfono: 042781738 ext. 136



Reporte de Urkund

Hotmail, Outlook, Skype x Biblioteca UPSE - Kaha x Inicio - URKUND x D41558778

Es seguro | <https://secure.orkund.com/view/40642391-269696-330692#q1bKlVayjibQsYzV>

URKUND

Documento: [URKON.docx](#) (D41558778)

Presentado: 2010-09-18 11:37 (-05:00)

Presentado por: YANELIS SUAREZ (yanelissuarez@upse.edu.ec)

Recibido: yanelissuarez.upse@analysis.orkund.com

2% de estas 4 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

Fuente de Similitud

78 - URKON.doc x

zVUSrOTM/LTMtMtSxLTIWYmtAzMLQOMTewNLEwNzK2NDS1NKwFAA==

Lista de fuentes Bloques YANELIS SUAREZ (yanelissuarez)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TESIS DRA. CRIOLLO.docx	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23217/1/tesis.pdf	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuentes alternativas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	https://medes.com/publication/116291	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/goc/CatalogoMaestro/479_GPC_SindromeFragi...	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TESIS DRA. CRIOLLO.docx	<input type="checkbox"/>

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir