



1859

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA ENFERMERÍA

TÍTULO

FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS  
EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL  
CANTÓN YANTZAZA. AÑO 2015

*Tesis de Grado Previa a la  
Obtención del Título de  
Licenciada en Enfermería*

**AUTORA:**

Marjorie Indira Parra Guaicha

**DIRETORA:**

Lic. Diana Vanessa Villamagua Conza

ZAMORA – ECUADOR

2016

## CERTIFICACIÓN

Lic. Diana Vanessa Villamagua Conza  
**DOCENTE DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA CARRERA  
DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA SEDE ZAMORA**

## CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada **FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL CANTÓN YANTZAZA. AÑO 2015**, desarrollada por la señora "**MARJORIE INDIRA PARRA GUAICHA**", ha sido elaborada bajo mi dirección y cumple con los requisitos de fondo y de forma que exigen los respectivos reglamentos e instructivos.

Por ello autorizo su presentación y sustentación.

Zamora, 12 de mayo de 2016

Atentamente,



Lic. Diana Vanessa Villamagua Conza  
**DIRECTORA DE TESIS**

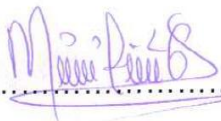
## AUTORÍA

Yo, Marjorie Indira Parra Guaicha, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual

**Autora:** Marjorie Indira Parra Guaicha

**Firma:**



**C.I.** 1900590827

**Fecha.** 18 de Mayo del 2016

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA TESIS, POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

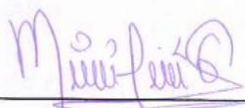
Yo, Marjorie Indira Parra Guaicha, declaro ser la autora de la tesis titulada **FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL CANTÓN YANTZAZA. AÑO 2015**, como requisito para optar por el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y el exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 18 días del mes de mayo del dos mil dieciséis, firma la autora.

Firma



Autora: Marjorie Indira Parra Guaicha

Cédula: 1900590827

Dirección: Yantzaza, Barrio Central, Av. Primero de Mayo

Email: mayu\_dul@hotmail.com

Teléfono: 0994988557

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Diana Vanessa Villamagua Conza

TRIBUNAL DE GRADO:

Lic. Elva Leonor Jiménez Jiménez

**Presidenta**

Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

**Vocal**

Lic. Irsa Mariana Flores Rivera

**Vocal**

## DEDICATORIA

Este proyecto de investigación dedico principalmente a Dios, quien me dio la vida, fortaleza, salud y la esperanza para terminar mi carrera.

Para mis padres: Marino Parra y Piedad Guaicha que admiro y quiero con todo mi corazón quienes me dieron ejemplos dignos de superación y entrega a lo largo de toda mi vida, fueron también pilar fundamental y económico, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

A mi amado esposo Leyver Montaña: por ser mi compañía, mi refugio durante mi vida, por brindarme su amor, cariño, comprensión y su apoyo infinito cuando parecía que me iba a rendir.

A mis queridas hermanas: Maritza, Karla y Yajaira Parra: quienes aprecio demasiado, gracias por su presencia y motivación siendo testigos de varios procesos de mi vida tanto en los momentos felices y tristes que todo ser humano experimenta en el camino, regalándome a cada instante una palabra de aliento día a día impulsándome siempre a salir adelante.

*Marjorie Parra*

## AGRADECIMIENTO

Los resultados de este Trabajo, merece expresar un profundo agradecimiento, a Dios por darme la vida e iluminar mi mente para cumplir esta hermosa realidad.

A mis familiares por su preocupación, comprensión y apoyo incondicional.

Mi agradecimiento sincero a la Universidad Nacional de Loja al Área de la Salud Humana, de manera especial a la Coordinadora: Elizabeth Cevallos, por velar nuestro bienestar estudiantil y al personal docente de la Carrera de Enfermería, a la Lcda. Elva Jiménez, Lcda. Irsa Flores, Lcda. Aura Angamarca, Lcda. Marianela Merino, quienes con su profesionalismo y ética expreso en las aulas, sus enseñanzas, paciencia y el apoyo brindado a lo largo de esta formación académica que me servirán para ser útil a la sociedad.

Quiero hacer extensiva mi gratitud a mi Directora de tesis Lcda. Diana Villamagua, quien con su dedicación, orientación y seguimiento eficiente logrando en mí terminar mis estudios con éxito.

Al personal del Centro Gerontológico, gracias a su colaboración pude cumplir los objetivos planteados de la investigación y a los adultos mayores por su tiempo prestado.

A mis amigas y compañeros les agradezco la confianza que depositaron en mí para poder estar siempre en las buenas y las malas juntas y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencia que nunca voy a olvidar.

*Marjorie Parra*

## **1. TÍTULO**

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS  
EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL  
CANTÓN YANZAZA. AÑO 2015**

## 2. RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar los factores de riesgos asociados a los síndromes geriátricos de los adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Yantzaza. Se utilizó el método, descriptivo, transversal y de campo. Se utilizaron las técnicas de la encuesta y la observación con sus instrumentos el cuestionario y la guía de observación aplicadas a 54 adultos mayores. Los resultados fueron predominio del sexo femenino con el 53.70%, edad de 65 a 73 años con 48,15%, de escolaridad primaria el 70,37%, ocupación agricultor con 46,30%, procedencia urbana 77,78% de estado civil viudos con el 38,89, situación económica jubilados el 44,44%, la enfermedad actual fue Hipertensión Arterial el 31,48%. Los factores de fueron las caídas con el 50,00% tienen problemas visuales, cognitivo el 20,37% presentan demencia, la inmovilidad el 51,85% presentan problemas de equilibrio, incontinencia urinaria el 18,52% fue por infecciones urinarias. Las complicaciones que se determinaron fueron en las caídas el 55,56% presentó hematomas, en cognitivo el 24,07% tiene demencia senil, inmovilidad con el 33,33% presenta contracturas musculares, seguido la incontinencia urinaria el 18,52% con úlceras cutáneas. Basada en los resultados la autora realizó el plan de intervención enfocado en capacitaciones, talleres, psicoterapia, ejercicios, rehabilitación y visitas domiciliarias. Se concluye que los síndromes geriátricos presentes en mayor porcentaje son caídas el 50.00% e inmovilidad 51.85%, las complicaciones de mayor gravedad son demencia senil por sus repercusiones y contracturas musculares y úlceras.

**Palabras claves:** *factores de riesgo, síndromes geriátricos, adulto mayor, centro gerontológico.*



## 2.1. SUMMARY

The present investigation was to determine the risk factors associated with geriatric syndromes seniors from Canton Yantzaza Gerontology Center. The method, descriptive, transversal field was used. survey techniques and observation instruments with the questionnaire and the observation guide applied to 54 elderly were used. The results were predominance of females with 53.70%, age 65 to 73 years with 48.15 %, from 70.37 % primary education , occupation farmer with 46.30% , 77.78% of urban origin marital status 38.89 widowers , retired economic situation 44.44 %, the current Hypertension disease was 31.48%. Factors were falls with 50.00 % have visual , cognitive 20.37 % have dementia problems , immobility 51.85 % have balance problems , urinary incontinence was 18.52% for the urinary infections. he complications were determined in falls the presented hematomas 55.56% , 24.07 % in cognitive has senile dementia , immobility with 33.33 % have muscle spasms, urinary incontinence followed the 18.52% with ulcers skin . Based on the results the author made the intervention plan home visits focused on training , workshops , psychotherapy, exercise , and rehabilitation . It is concluded that geriatric syndromes are present in higher percentage drops the 50.00 % and 51.85 % immobility, complications are more severe senile dementia and its effects and muscle contractures ulcers.

**Keywords:** *Risk factors, geriatric syndromes, elderly, geriatric center.*

### 3. INTRODUCCIÓN

Los grandes síndromes geriátricos son condiciones de salud multifactoriales que ocurren cuando se acumulan los efectos del déficit en múltiples sistemas y vuelven a las personas mayores vulnerables a cambios situacionales o enfermedades. (Beauvoir, 2012, pág. 45)

Esta investigación tiene como prioridad identificar los factores de riesgos asociados a los síndromes geriátricos que se presentan en el adulto mayor.

El envejecimiento es un proceso gradual, que conduce a una pérdida de la función del organismo, la cual inicia en la tercera edad y cuarta década de la vida y se manifiesta por una disminución de la capacidad de reserva del organismo. En esa etapa de la vida, los síndromes geriátricos son más frecuentes. El 45% de las personas mayores de 65 años tiene cierta limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria, por lo que exista o no una patología específica, es necesario una actuación interdisciplinar en las personas de edad avanzada, para conservar las funciones no alteradas y restablecer las funciones que se han afectado. (Montalvo, 2003, pág. 3)

En América Latina el envejecimiento progreso de 23.3 millones en 1980 a 42.5 millones en el año 2000 y se estima que ascenderá a 96.9 millones para el año 2025. Hay ciertos indicios de que el número de adultos mayores que padecen de los síndromes geriátricos está aumentando con igual rapidez que el envejecimiento de la población.

En el Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores, según una encuesta realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos los datos presentados, la mayoría de personas mayores de 60 años padecen de algún

Síndrome Geriátrico: representando en la mujer el 53,4% y el hombre el 47%. En los adultos mayores, la tasa de mortalidad en el periodo 2005- 2010 fue de 38 por mil para las mujeres, y 44 por mil para los hombres. Anualmente, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad. La prevalencia de los síndromes geriátricos de la movilidad en los ancianos aumentan con la edad, entre el 15 y 18% en donde los mayores de 65 años tienen problemas para movilizarse por sí mismos; el 53% de los ancianos de más de 75 años presenta dificultades para salir de casa, y el 20% está prácticamente confinado en su domicilio. (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en el 2009).

El Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza cuenta con 54 adultos mayores en donde existen varios problemas ya que se observa la dificultad que tienen para movilizarse y depender de terceras personas, en ellos ocurre con frecuencia y en episodios repetitivos las caídas, ya que a su edad son muy frágiles, su equilibrio corporal es inestable que conlleva a tropezones, golpes y fracturas. Además existe incontinencia urinaria lo que afecta en el envejecimiento, especialmente en los mayores de 65 a 90 años de edad.

Los geriátricos manifiestan vergüenza, miedo de contárselo a sus familiares o cuidadores al presentar pérdida involuntaria de la orina por la uretra, otro factor influyente es la alteración de la conciencia demostrando pérdida del tiempo, espacio y persona, trastornos del lenguaje (afasia), los defectos visuales, auditivos y la depresión, los cuales también interfieren para el funcionamiento inapropiado de la memoria.

La importancia de la investigación fue identificar los factores de riesgo asociados a los síndromes geriátricos en los adultos mayores como la

(inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo) en el Centro Gerontológico del Cantón de Yantzaza.

El propósito de este trabajo fue contribuir a disminuir las causas y factores desencadenantes de la aparición temprana de los síndromes geriátricos con la finalidad de ayudar a mejorar la calidad de vida.

Se utilizó el método, descriptivo, transversal y de campo. Se utilizaron las técnicas de la encuesta y la observación con sus instrumentos el cuestionario y la guía de observación aplicadas a 54 adultos mayores.

Los resultados fueron predominio del sexo femenino con el 53.70%, edad de 65 a 73 años con 48,15%, de escolaridad primaria el 70,37%, ocupación agricultor con 46,30%, procedencia urbana 77,78% de estado civil viudos con el 38,89, situación económica jubilados el 44,44%, la enfermedad actual fue Hipertensión Arterial el 31,48%. Los factores de fueron las caídas con el 50,00% tienen problemas visuales, cognitivo el 20,37% presentan demencia, la inmovilidad el 51,85% presentan problemas de equilibrio, incontinencia urinaria el 18,52% fue por infecciones urinarias. Las complicaciones que se determinaron fueron en las caídas el 55,56% presentó hematomas, en cognitivo el 24,07% tiene demencia senil, inmovilidad con el 33,33% presenta contracturas musculares, seguido la incontinencia urinaria el 18,52% con úlceras cutáneas. Basada en los resultados la autora realizó el plan de intervención enfocado en capacitaciones, talleres, psicoterapia, ejercicios, rehabilitación y visitas domiciliarias. Se concluye que los síndromes geriátricos presentes en mayor porcentaje son caídas el 50.00% e inmovilidad 51.85%, las complicaciones de mayor gravedad son demencia senil por sus repercusiones y contracturas musculares y úlceras.

Los objetivos que guiaron la investigación fueron:

#### Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a los síndromes geriátricos en los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza. Año 2015

#### Objetivos Específicos:

Establecer el diagnóstico situacional de los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza.

Identificar los factores de riesgo asociados a los síndromes geriátricos en los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza.

Determinar las complicaciones que se produce por los síndromes geriátricos en los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza.

Implementar un plan de intervención para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza que ayude a contribuir con la aparición temprana de los síndromes geriátricos.

## 4. REVISIÓN DE LITERATURA

### 4.1 Factor de Riesgo

Según JIG. Montalvo, TA. Alarcón (2003). “Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociar con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un problema de salud o enfermedad”. (pp. 44 - 110).

#### 4.1.1 Clasificación de los Factores de Riesgo.

**4.1.1.1 Factores Biológicos:** Probabilidad de la ocurrencia y magnitud de las consecuencias de un evento adverso relacionado con el uso de agentes biológicos que pueda afectar. Entre ellos se encuentra el sexo, edad, escolaridad, ocupación, procedencia, estado civil, escolaridad y enfermedad actual. (Rivera et al 1996).

**4.1.1.2 Factores Psicológicas:** Son procesos psíquicos, incluyendo procesos cognitivos internos de los individuos, así como los procesos socio cognitivos que se producen en el envejecimiento como la pérdida de la memoria, estado emocional, control médico.

**4.1.1.3 Factores Sociales:** Son aquellas características o rangos vinculados a aumentar la vulnerabilidad del adulto mayor para desarrollar enfermedades o daños. Como la utilización dispositivo de apoyo, convivencia, situación económica. (G.J Toledo et al 1999)

**4.1.1.4 Factores Ambientales:** Posibilidad de lesión, enfermedad o muerte como consecuencia de la exposición humana a un posible factor ambiental peligroso como la vivienda, suelo y su entorno.

## **4.2 Síndromes Geriátricos.**

El término “síndrome geriátrico” se refiere a las formas de presentación más frecuentes de las enfermedades en el adulto mayor. Se deben a condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente anciano.

El hecho de que nuestra población vaya envejeciendo no es un secreto y tampoco es una novedad; lo que sí es destacable es la mejora en la calidad de vida, y consecuentemente una prolongación en el tiempo. Prueba de ello son los casi 87 años de edad media que tienen nuestros ancianos residentes en los centros geriátricos, debido entre otros factores a la buena calidad socio-sanitaria dispensada en los mismos. Es esto lo que nos lleva a reflexionar sobre el incremento de los diferentes síndromes que afectan a los adultos mayores. (Pérez del Molino, Valencia y otros, 1994, pp. 191-209).

### **4.2.1 Clasificación De Los Síndromes Geriátricos**

Gómez, (2005) Afirma que “Los grandes síndromes geriátricos, también conocidos como los 4 gigantes de la Geriatria, incluyen: inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo”.

#### *4.2.1.1 Síndrome de Inmovilidad.*

Es el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Según Alonso, T. (2006). “Se caracteriza por una reducción de la tolerancia a la actividad física que provoca debilidad muscular generalizada y, en casos graves, pérdida de automatismos y reflejos posturales”.

##### *4.2.1.1.1 Factor de Riesgo de Inmovilidad.*

Son múltiples las limitaciones que causa la inmovilidad.

**Sociales:** Destacan las pérdidas del empleo, de actividades esparcimiento, de relaciones sociales, de la capacidad cuidar a terceros y de autocuidado.

**Psicológicas:** Puede haber depresión, temor a las caídas, pérdida del control e incapacidad aprendida.

**Físicas:** Puede conducir a caídas, incontinencia, pérdida de fuerza y capacidad aeróbica, alteraciones metabólicas (disminución de glucosa, balance negativo de calcio y nitrógeno), úlceras por decúbito, contracturas y trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. (Mendell, Douglas y Bennet 2011, pp.133-150).

#### *4.2.1.1.2 Prevención y Tratamiento.*

La fisioterapia tiene un papel decisivo en la recuperación de los pacientes que han caído en síndrome de inmovilidad, usando todas sus herramientas para disminuir las secuelas y actuando en colaboración con las personas de su entorno para la prevención de caídas y complicaciones por inmovilidad. (Manual de Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2011, pág. 288-300).

#### *Manejo de complicaciones*

- **Úlceras por presión (UPP):** Son una complicación frecuente y grave de la inmovilidad y están asociadas a hospitalizaciones prolongadas y costosas y periodos de reposos en cama, con alto grado de complicaciones y mortalidad. La presión mecánica, maceración, fricción, predisponen a su desarrollo en aquellas zonas donde existen resaltes óseos prominentes. Hay que tener en cuenta además que en el paciente inmóvil, sobre todo si coexiste patología mental, se da el problema de la incapacidad para ir al baño, lo que provoca un aumento de humedad en la zona inguinal y sacra, que añadido a los



componentes de orina y heces, irritan, ulceran y contaminan las posibles heridas.

- La prevención requiere una cuidadosa atención a cada factor de riesgo, aliviar las zonas de presión, realizar medidas posturales, usar vendajes de protección y una correcta movilización de miembros inferiores que evite el estancamiento de la sangre en las zonas declives. Si nos encontramos con el paciente inmovilizado en cama, se activará el protocolo de cambios posturales cada dos horas, usando los decúbitos laterales y supinos, colocando almohadas en las zonas enrojecidas y utilización aceites para el cuidado de la piel y prevención de úlceras. Además se instalará un colchón de aire antiescaras.

- El manejo del dolor producido por las úlceras es muy importante, se usarán tantas pomadas con lidocaína incorporada para la curación de heridas y analgésicos por vía oral, puesto que la ausencia de dolor y/o picor, ayudará a la colaboración activa del paciente y a la no manipulación manual por parte del mismo.

- Aunque no esté demostrado con estudios fiables, es importante dotar de mayor aporte de proteínas a la alimentación, puesto que las proteínas ayudan a la creación de nuevos tejidos.

- El fisioterapeuta instaurará un programa de ejercicios adaptado a la persona que tenga como objetivo, evitar las rigideces articulares, los acortamientos musculares, la atrofia muscular, pérdida de trofismo en articulaciones, pérdida de resistencia de ligamentos y huesos (osteoporosis), el estancamiento de la sangre que provoca TVP (trombosis venosa profunda), potencialmente mortales si no se previenen o diagnostican correctamente.

- La inmovilidad provoca además estreñimiento crónico que puede llevar a megacolon y posibles perforaciones intestinales, es por ello necesario tomar medidas de estímulo masaje en abdomen por fisioterapeuta, adaptar la alimentación, disminuir analgésicos de segundo escalón o tercero, dar laxantes, pautar enemas de limpieza y tacto rectales.

#### *Tratamiento de la inmovilidad*

Hay que identificar las causas que han provocado la inmovilidad y consultar con un fisioterapeuta que debe siempre enseñar al paciente y a su entorno como debe cuidar de la persona y se encargará tanto del entrenamiento y rehabilitación física del paciente, así como ayudará a solucionar los problemas del entorno (proponiendo ayudas técnicas y adaptando el entorno).

#### **4.2.1.2 Síndrome de Caídas.**

M. Montaña Álvarez, (2010). “Caída se define, como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo, generalmente al piso, contra su voluntad, esta suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo”.

##### *4.2.1.2.1 Factores de Riesgo de las Caídas.*

*Inestabilidad:* La misma se incrementa con el paso de los años, debido a alteraciones en las vías sensoriales eferentes y a la inadecuada respuesta motora asociada al enlentecimiento de los procesos coordinadores centrales, como la inestabilidad postural, marcha de pequeños pasos, disminución en la expansión cadera y tobillo; aumentan la separación de las puntas de los pies.

*Alteraciones visuales y auditivas:* Durante el transcurso del ciclo vital diferentes afecciones pueden alterar la capacidad visual la miopía, hipermetropía, hipoacusia y el astigmatismo. El envejecimiento produce una serie de cambios en el ojo como la aparición de catarata, ceguera, retinopatía y glaucoma.

*Enfermedades agudas:* Las infecciosas, y la exacerbación de algunas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, puede precipitar caídas. De hecho, la caída puede ser un signo indirecto del inicio de una enfermedad en pacientes mayores y no es extraña una caída como primera manifestación de una neumonía, por ejemplo, en un anciano.

*Enfermedades crónicas:* Enfermedad de Parkinson, demencias, enfermedad cerebrovascular. Vidal, (1991). Inestabilidad y caídas en *Geriatría* (pág. 75-81)

#### 4.2.1.2 Consecuencias de las Caídas.

*Consecuencias físicas:* Las más graves son las fracturas, entre ellas la fractura coxofemoral, Otros aspectos físicos incluyen el riesgo de sufrir complicaciones por la inmovilidad.

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

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

#### *4.2.1.2.3 Prevención y Tratamiento.*

Con estas medidas preventivas y de tratamiento, el objetivo primordial será la evitación de la pérdida de autonomía y calidad de vida en los pacientes ancianos, a través de la reducción en el número de caídas y en la gravedad de las que puedan suceder.

Se recomienda distribuir los muebles y otros elementos de tal modo que causen el mínimo estorbo posible, en especial en los lugares de mayor circulación como puertas y pasillos.

Los armarios o estantes que no sean estables deberán fijarse al suelo o a la pared.

Los enchufes o interruptores eléctricos deberán encontrarse al alcance de las personas mayores.

Los cables eléctricos deberán ir a lo largo de las paredes o por debajo de la alfombra. No deben cruzar las habitaciones por el suelo.

Los marcos sobre elevados de las puertas deben ir pintados de un color que los haga fácilmente visibles o, incluso, es preferible arrancarlos para evitar tropezar en ellos.

Las habitaciones, pasillos y escaleras deberán estar suficientemente iluminados.

Deberá existir un Interruptor que pueda ser accionado desde la cama o una lámpara de velador en el dormitorio para evitar andar a tientas o tropezar en la oscuridad.

Se deberá disponer de un interruptor en las partes altas y bajas de cada escalera y un interruptor fácil de accionar a la entrada de cada habitación.

Si se puede, evitar los recubrimientos para suelos resbaladizos, como linóleo y madera pulimentada.

Se deberá evitar el derramamiento de agua, aceite o polvo de talco. Si ello ocurre, deberá limpiarse rápidamente.

Se deberá instalar un pasamano seguro y firme en todas las escaleras de la casa; si no se tiene mucha estabilidad en los pies, el pasamano deberá ir a ambos lados de la escalera.

Todas las alfombras de las escaleras deberán estar en perfecto estado y firmemente pegadas.

Los escalones del exterior de la casa deberán estar en buen estado.

Si el adulto mayor presenta fallas a la vista, los escalones deberán hacerse más visibles mediante una franja blanca pintada en el borde de cada escalón. Si son resbaladizos, se podrán cubrir con una pintura antideslizante especial.

Se recomienda colocar una alfombrilla de goma antideslizante en el suelo del cuarto de baño y otra en el interior de la bañera.

Se recomienda colocar una barra para asirse en el borde de la bañera y otra en la pared junta a ésta. Si el adulto mayor no tiene mucha estabilidad sobre los pies, un asiento de baño colocado en la bañera o ducha puede resultar de utilidad para evitar las caídas.

Para evitar tener que buscar a tientas el jabón que resbala y cae en la bañera o ducha, se recomienda utilizar los que van provistos de un cordel.

### *Tratamiento de las Caídas*

*Fisioterapia y rehabilitación de la marcha y del equilibrio:* se enseñará primero al paciente a caminar de forma gradual disminuyendo progresivamente los factores de riesgos. Se comenzará en terrenos llanos para más tarde seguir con rampas, escaleras y otros terrenos.

*Síndrome postcaída:* Para una persona joven, una caída es un accidente, pero para una persona mayor puede ser el síntoma que le revele que su capacidad física no es lo que era. El temor a caer es más frecuente en un anciano que ha sufrido ya una caída. Se observa que los mayores que realizan ejercicio restringen sus actividades, por lo que puede haber ancianos que sin presentar lesiones físicas sufran este síndrome, provocándoles serias restricciones.

La intervención del fisioterapeuta ante un paciente con el síndrome postcaída incluye:

Además de tratar el equilibrio, marcha y consecuencias de las caídas deberá proporcionar confianza y apoyo, intentando reducir los miedos y la ansiedad.

Colaborar con todo el equipo multidisciplinar para que el paciente pueda avanzar en su rehabilitación íntegra;

El tratamiento deberá ser progresivo con metas alcanzables; será necesaria la motivación a causa de los síntomas depresivos;

Exista o no lesión física, este temor a la caída influye en las reacciones de equilibrio.

Por otra parte es importante recomendar a este tipo de pacientes técnicas de relajación y equilibrio cuerpo-mente, y por supuesto, mucho ánimo.

<http://patygutie.blogspot.com/2010/05/caidas-en-los-adultos-mayores.html>

#### **4.2.1.3 Síndrome de Incontinencia Urinaria.**

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (2002). Define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina, que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico.

Según NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) consiste en: “Respuesta humana que pone de manifiesto una alteración en la necesidad de eliminación y que lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo, con influencia en el entorno familiar y de relación en el grado de independencia y abocando a una situación de aislamiento por la sensación de vergüenza, con pérdida de autoestima e incremento de la dependencia de tercera persona”.

##### *4.2.1.3.1 Factores de Riesgo en Incontinencia Urinaria.*

Infecciones urinarias recurrentes.

Sequedad de la piel de la vagina o de la uretra, en especial después de la menopausia.

En el caso de los hombres, agrandamiento de la próstata o cirugía de próstata.

Debilitamiento y estiramiento de los músculos pélvicos después del parto.

Determinados medicamentos (sedantes, diuréticos, laxantes, bloqueadores del calcio).

Acumulación de heces en los intestinos.

Sobrepeso y obesidad, que aumentan la presión en la vejiga y los músculos que controlan la vejiga.

Infecciones del tracto urinario.

Enfermedad vascular. (<http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/urinary-incontinence/causes-risk-factors.html>)

#### 4.2.1.3.2 Repercusión de la Incontinencia Urinaria.

Genera un impacto negativo en el anciano que la padece con deterioro importante en su calidad de vida, originando múltiples y variadas repercusiones que afectan tanto a la esfera física como a la psíquica además de derivar importantes consecuencias socioeconómicas.

**Tabla 1.**

#### *Repercusión de la Incontinencia Urinaria*

<b>Esfera Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlceras por presión</li> <li>• Eritemas perianales</li> <li>• Infecciones recurrentes de las vías urinarias</li> <li>• Caídas (especialmente con la incontinencia nocturna)</li> <li>• Fracturas</li> </ul>
<b>Esfera Psíquica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Dependencia</li> </ul>
<b>Esfera Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés en familia, amigos y cuidadores</li> <li>• Predisposición a la institucionalización</li> </ul>
<b>Esfera Económica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de los costos económicos (lavandería, manejo de las complicaciones, labor de enfermeras y cuidadores)</li> </ul>

**Fuente:** [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incontinencia-urinaria](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incontinencia-urinaria)



#### *4.2.1.3.3 Clasificación de la Incontinencia Urinaria.*

##### *Incontinencia de urgencia*

Es la incapacidad de contener la orina el tiempo suficiente para alcanzar el baño. Es frecuente en personas que sufren de enfermedades como la diabetes, derrames cerebrales, demencia, enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple; pero puede ser el indicio de otras enfermedades o condiciones que también podrían necesitar atención médica.

##### *Incontinencia de esfuerzo*

El tipo más común de incontinencia asociado con el derrame de orina al practicar ejercicio, al toser, al estornudar, al reír, al levantar objetos pesados, o al realizar otros movimientos del cuerpo que hagan presión en la vejiga.

##### *Incontinencia funcional*

En la incontinencia funcional, el estado del sistema urinario es normal, pero el paciente no puede utilizarlo debidamente debido a algunos trastornos físicos graves, como la enfermedad de Parkinson, o enfermedades mentales como la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia.

##### *Incontinencia por sobrecarga*

Derrame de orina que ocurre cuando la cantidad de orina producida excede la capacidad de almacenamiento de la vejiga.

#### *4.2.1.3.4 Complicaciones de la Incontinencia Urinaria*

Asociada a la incontinencia urinaria aparecen diversas complicaciones, alguna de ellas potencialmente grave, tanto en el ámbito médico como social.

*Fractura de cadera:* en el anciano, debido a la sensación imperiosa de orinar, y ayudado por la debilidad o dificultad para moverse, la IU se asocia a caídas que causan fracturas de huesos, principalmente de cadera, una entidad que en ocasiones obliga a la cirugía o a la postración en cama de forma prolongada. Esta complicación es especialmente frecuente en ancianos que viven solos o en una residencia o durante un ingreso hospitalario.

*Úlceras por presión:* A consecuencia de la poca actividad física de algunos ancianos, que sólo pueden hacer vida de cama al sillón, y ayudado por la humedad permanente que ocasiona la pérdida de orina, se llegan a hacer heridas o úlceras en sacro y cadera.

*Depresión:* A consecuencia de la sensación de vergüenza o estorbo para la familia, se pueden producir situaciones de tensión en la familia que hagan padecer depresión a los ancianos afectados por las infecciones urinarias.

*Restricción de las actividades sociales:* En personas más jóvenes y en ancianos activos, las pérdidas de orina hacen estar incómodo en las actividades de ocio social, sin tratamiento adecuado, estas personas pueden padecer alteración del ánimo.

*Infecciones urinarias:* favorecido por la emisión frecuente de orina y defectos en la higiene personal, son frecuente las cistitis por gérmenes que resisten a los antibióticos más empleados. Si no se trata a tiempo y de forma eficaz, la infección puede pasar a la sangre (sepsis urinaria), siendo incluso causa de muerte).

La incontinencia también puede afectar a la calidad de vida de la persona que la padece y de su familia, ya que puede provocar:

Restricción de las actividades sociales

La detención de cualquier ejercicio físico, por temor a orinarse encima

Incluso la persona afectada “aprende” a no reírse para evitar los escapes de orina

Ganas de orinar durante la noche, lo que implica levantarse varias veces, contribuyendo a dormir y descansar mal y estar cansado durante el día.

Ansiedad y depresión causada por la incontinencia. (Fernández, Vila, Montero, 2002)

#### *4.2.1.3.4 Consecuencias en la Incontinencia Urinaria.*

*Incontinencia por estrés genuina (IEG):* Se define como la pérdida involuntaria de orina que tiene lugar cuando la presión dentro de la vejiga supera la presión de cierre de la uretra en ausencia de actividad del detrusor. La IEG es la causa más frecuente de incontinencia en las mujeres, especialmente después de los partos, teniendo su mayor incidencia entre los 45 y los 54 años.

La *Incontinencia por estrés genuina*, se produce como resultado de una combinación variable de debilidad del músculo del esfínter uretral y un defecto anatómico en el sostén de la uretra, lo que conduce a una presión de cierre insuficiente en la uretra durante el esfuerzo físico, es decir, levantar pesos, toser, estornudar y correr.

El embarazo, el parto vaginal, la cirugía pélvica, la debilidad congénita y el estilo de vida contribuyen a la aparición en las mujeres.

*Inestabilidad del detrusor:* Afección en la que el músculo detrusor se contrae de forma espontánea o provocada, durante el llenado vesical, mientras la persona intenta inhibir la micción. Los síntomas característicos son micción nocturna, micción diurna frecuente y deseo súbito de micciones como resultado de una

contracción incontrolada del detrusor (tenesmo) y, si la contracción no puede suprimirse, pérdida de orina (micción imperiosa).

Es la segunda causa más frecuente de incontinencia urinaria en mujeres después de la incontinencia por estrés genuina y su incidencia aumenta con la edad, siendo la causa más frecuente de incontinencia en ancianos.

*Disfunción del vaciado:* La actividad disminuida del detrusor, a consecuencia de una lesión de los nervios periférico (como la neuropatía diabética) o de una lesión de parte inferior de la médula espinal, puede originar la pérdida de contracciones efectivas para el vaciado.

*Incontinencia neurogénica:* Una lesión de las vías nerviosas, en cualquier punto situado entre el centro vesical de la corteza cerebral y la vejiga propiamente dicha, puede deteriorar la continencia. Esta lesión puede ser consecuencia de ictus, demencia, tumor o traumatismo cerebral, esclerosis múltiple, enfermedad de parkinson, paraplejia, espina bífida, esclerosis múltiple, diabetes, entre otras.

*Anomalías congénitas:* Se denomina hipospadias y epispadias a aquellos defectos congénitos en los que la uretra se abre en la superficie inferior o superior del pene, respectivamente.

*Fístula urinaria:* Una fístula es una comunicación anormal y, en el caso de la fístula urinaria, ésta se forma entre el uréter, la vejiga o la uretra y la vagina. En los países desarrollados la causa más frecuente de fístula es el traumatismo por intervención quirúrgica.

*Infección del tracto urinario:* La infección del tracto urinario aguda puede producir incontinencia transitoria. En la población general, el principal organismo causante es *Escherichia coli*, mientras que en la población hospitalizada está

implicado una amplia variedad de bacterias. La prevalencia de esta afección aumenta a medida que aumenta la edad. En mujeres premenopáusicas, la infección del tracto urinario se asocia normalmente a la actividad sexual, y se ve exacerbada por el uso del diafragma como anticonceptivo.

*Fecaloma:* Las heces retenidas en el recto (fecaloma) pueden formar una obstrucción física al flujo urinario al presionar la vejiga, la uretra o los nervios locales, produciéndose retención y rebosamiento de orina. En otros casos, el fecaloma distiende el suelo pélvico inhibiendo sus contracciones, produciéndose incontinencia por estrés.

*Movilidad restringida:* El descenso de la movilidad y la menor destreza también pueden contribuir a la aparición de incontinencia. En general, cualquier cosa que reduzca la independencia de las personas de edad avanzada puede producir una incontinencia temporal, es decir, enfermedad aguda, fractura de cadera y hospitalización. (Geroinfo, 2005).

#### 4.2.1.3.6 Prevención y Tratamiento.

El manejo de la incontinencia urinaria debe enfocarse en la modificación de factores de riesgo y la minimización del impacto en la salud de las condiciones de comorbilidad. La prevención se basa en reducir el impacto de las enfermedades crónicas en el riesgo relacionado a la incontinencia urinaria y en prevenir el desarrollo de la incontinencia urinaria en sí.

*Recomendaciones higiénico dietéticas:* Los afectados deben controlar los líquidos que toman para evitar la formación excesiva de orina. Existen alimentos que son diuréticos, como algunas frutas y verduras. También es importante la

forma en la que se toman: las sopas, los guisos y los alimentos hervidos aportan más líquidos que los asados y fritos.

Entre los líquidos que favorecen la formación de orina se encuentran el agua, la leche, el alcohol y las infusiones. Se debe distribuir mejor el horario de la toma de bebidas, bebiendo más durante la mañana y disminuyendo paulatinamente las bebidas conforme avanza el día.

#### *Tratamiento farmacológico*

Los fármacos más utilizados son los anticolinérgicos. Su eficacia está demostrada en cuanto al alivio de los síntomas, pero sus efectos secundarios, fundamentalmente la sequedad de boca, la taquicardia y la excitación, son muy severos en algunos pacientes, que en ocasiones deben abandonar el tratamiento.

Están contraindicados en los enfermos con glaucoma y arritmias cardíacas. Entre los anticolinérgicos más comunes se encuentran la oxibutinina, el flavoxato, la propantelina, la metantelina.

*Cirugía:* Existen diferentes soluciones quirúrgicas según el tipo de incontinencia, las características de la vejiga y la uretra.

*Autocateterismo intermitente:* Consiste en la introducción, a través de la uretra, de un catéter en la vejiga. Se utiliza principalmente en la incontinencia causada por daño neuronal o de los nervios que controlan la micción. Con el catéter se consigue el vaciado completo y se evitan los escapes de orina.

*Entrenamiento de la vejiga:* Los pacientes recuperan el control de la vejiga aprendiendo a resistir el impulso de salida de la misma y contribuyendo de esta manera a aumentar la capacidad de la vejiga. Esto se consigue mediante ejercicios de rehabilitación que desarrollan la musculatura del suelo pélvico.

*Tratamiento paliativo:* Dentro de este tratamiento se encuentran los pañales absorbentes, los colectores o las bolsas de orina.

*Estimulación eléctrica intravaginal:* Estimulación eléctrica intravaginal, su objetivo es conseguir la contracción del piso pélvico mediante la estimulación del nervio pudiendo con un electrodo intravaginal.

#### **4.2.1.4 Síndrome Deterioro Cognitivo.**

Según Psi. Moscardi María (1988). El deterioro cognitivo se define como la disminución de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad.

##### *4.2.1.4.1 Clasificación del Deterioro Cognitivo.*

Según el grado de déficit que presente cada paciente se clasificará la enfermedad como deterioro cognitivo leve o demencia (leve, moderada o grave).

*Deterioro cognitivo leve:* deterioro leve de la memoria y de algunas funciones cognitivas superiores; a menudo no se pueden objetivar, sin ninguna repercusión sobre la vida diaria del paciente.

*Demencia leve:* se comienza a afectar la situación funcional del paciente.

Comienzan a resentirse de forma leve las actividades de la vida diaria. El paciente suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvida nombres de personas muy conocidas, se evidencian problemas con la memoria reciente y puede presentar algunos cambios en su conducta (irritabilidad, mal humor, etcétera).

*Demencia moderada:* los síntomas cognitivos se hacen evidentes, afectando diversas áreas de la vida del paciente (dificultad de comprensión de órdenes,

dificultades de aprendizaje, desorientación, errores en las funciones de cálculo numérico, etcétera). La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y lentamente y de modo progresivo se afectan las actividades básicas de la vida diaria. La afectación de la conducta es frecuente, apareciendo agitación, agresividad, ansiedad o incluso depresión.

*Demencia grave:* la mayoría de las veces ya se hace imposible comunicarse con el paciente, no comprende lo que se le dice y lo que dice no tiene sentido. Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo. El paciente es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

#### *4.2.1.4.2 Complicaciones del Deterioro Cognitivo.*

Las complicaciones del deterioro cognitivo, especialmente en los estadios más avanzados, son las siguientes:

Las enfermedades psiquiátricas, los eventos o enfermedades cerebrovasculares, y las enfermedades sistémicas y degenerativas como la demencia y el Parkinson.

Síndromes de delirium, afectando el funcionamiento cerebral.

Alteración de conducta, laboral y social.

Trastornos de la esfera amnésica (lejana y reciente),

Apraxias ideatoria (problemas al vestir, existiendo lesión del lóbulo parietal, incapaz de formular planes de movimientos).

Agnosias (táctil, visual y auditiva),



Afasia (pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas funciones.

#### *4.2.1.4.3 Prevención y Tratamiento.*

Con el envejecimiento aumenta la posibilidad de que una persona llegue a sufrir algún tipo de deterioro cognitivo. Sin embargo, ello dependerá en buena medida de cómo se haya envejecido y de los hábitos de vida de las personas mayores. Lo cierto es que el deterioro cognitivo puede prevenirse, o en todo caso retrasarse, si se siguen las siguientes recomendaciones:

*Alimentación equilibrada:* Son beneficiosos los nutrientes básicos como los del aceite de oliva y otros alimentos ricos en grasas vegetales, las vitaminas, sales minerales y antioxidantes. Consumo de anchoas, uvas, pasas y frutos secos.

*Evitar drogas, alcohol y tabaco:* Está demostrado que su consumo afecta a la actividad cognitiva.

*Riesgo cardiovascular:* La diabetes, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia favorecen los accidentes cerebro y cardiovasculares, que pueden afectar a las capacidades cognitivas. Controlar estas enfermedades siguiendo escrupulosamente el tratamiento indicado por el médico y sometiéndose a revisiones periódicas es un excelente modo de prevenir el deterioro cognitivo.

*Ejercicio físico:* Mantenerse activo físicamente, incorporando el ejercicio a la rutina diaria, por ejemplo con un paseo de media o una hora, no solo ayuda a mantener un buen estado de forma física, un peso adecuado y la autonomía personal, sino que favorece la salud cardiovascular y ayuda a prevenir accidentes cerebrales, capaces de inducir el deterioro cognitivo.

*Actividad social:* Mantenerse socialmente activo y evitar con ello la rutina aleja las posibilidades de caer en el aislamiento, la soledad y la depresión. Pero también permite integrar en el ocio el ejercicio físico, la actividad intelectual, mantener la capacidad de aprendizaje.

*Aficiones:* Tener aficiones como la jardinería, la lectura, la pintura, la música y otras similares es una buena manera de mantener la actividad cerebral y cognitiva a un buen rendimiento.

*Pasatiempos y juegos de estrategia:* En términos populares equivale a hacer gimnasia mental, enfrentándose a retos, manteniendo la atención y desarrollando las capacidades lógicas. Incluso los videojuegos son válidos a la hora de evitar el deterioro cognitivo, especialmente si se juega con otras personas, como los hijos y los nietos.

*Evitar el estrés y la ansiedad:* Diferentes estudios han demostrado que las personas mayores que practican técnicas de relajación para eludir el estrés y los estados de ansiedad tienen un mejor funcionamiento cognitivo. (<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569105742881?via=sd>)

### *Tratamiento*

El mejor tratamiento de este síndrome, y en general de cualquiera de los síndromes geriátricos, es la prevención. Existe un riesgo de inmovilidad en pacientes con afectación de alguno de estos 4 sistemas: muscular, articular, cardiovascular y neurológico. Por tanto, los pacientes diagnosticados de enfermedades que afecten a dichos sistemas deben ser estimulados para mantener un nivel de actividad adecuado a sus circunstancias. Se enuncia algunos fármacos recomendados para el tratamiento.

**Tabla 2.***Tratamiento para el deterioro cognitivo*

<b>Fàrmaco</b>	<b>Efecto Farmacodinamia</b>	<b>Cambio por Envejecimiento</b>
Benzodiazepinas	Sedación ,balance postural	Incrementa
Difenhidramina	Balance postural	No cambia significativamente
Diltiazem	Antihipertensivo	Incrementa
Verapamil	Antiarrítmico	Incrementa
Enalapril	Antihipertensivo	No cambia significativamente
Furosemide	Diurético	Disminuye
Warfarina	Anticoagulante	Incrementa

**Fuente:** <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/Farmacoterapia.pdf>

### **4.3 Adulto Mayor.**

“La OMS define Adulto Mayor, a la persona mayor de 65 años y a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. El adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las dificultades cognitivas de las personas se van deteriorando y a su vez comienzan la aparición de los síndromes geriátricos:

como la inmovilidad que afecta la piel y tejidos; caídas produciendo fracturas y disminución de las actividades físicas; deterioro cognitivo generando alteración de la memoria; incontinencia urinaria. (Laforest, 1991, pág.102-225)

#### **4.3.1 Envejecimiento.**

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

*Según (Ollar):* el envejecimiento "Es un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad de organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte". (s/p)

#### *4.3.2 Características del Envejecimiento.*

*Universal:* Propio de todos los seres vivos.

*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 éste es alcanzar una madurez en la función.

*Intrínseco:* No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevida del ser humano se manifiesta fija alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.

#### **4.3.3. El Proceso de Envejecimiento.**

##### **4.3.3.1 Aspecto Fisiológico.**

Los cambios físicos afectan la apariencia exterior de la persona, así como el funcionamiento de todos los órganos, debido a la modificación en las funciones fisiológicas. Podemos mencionar los siguientes:

Se intensifica la rugosidad y sequedad en la piel por la pérdida de elasticidad.

Cambios en el sistema músculo-esquelético, ocurridos por la gradual pérdida de elasticidad en los músculos y el incremento progresivo en la rigidez y el encogimiento del esqueleto, lo cual limita de manera progresiva las habilidades neuromusculares (disminución en la psicomotricidad y en la fuerza muscular).

Cambios degenerativos en los órganos de los sentidos: pérdida de la agudeza visual y auditiva, principalmente.

Cambios en la homeostasis y en la capacidad funcional de reserva.

Se hacen más evidentes las enfermedades dentales.

Los adultos mayores pueden presentar pérdida de la masa ósea, siendo más frecuentes los casos en la mujer (osteoporosis).

Cambios en la sexualidad: las respuestas sexuales son más lentas en los adultos mayores; ambos miembros de la pareja experimentan un descenso en el deseo y en la frecuencia sexual.

El adulto mayor puede presentar un aumento de la vulnerabilidad a ciertos padecimientos y un mayor riesgo en cuanto a las enfermedades crónicas (del corazón y del sistema circulatorio, diabetes, enfermedades respiratorias, anemia, cáncer, entre otras).

En general, los cambios en el aspecto físico y fisiológico se tornan más evidentes y pueden llegar a convertirse en una discapacidad.

Si se produce la discapacidad, los adultos mayores pueden hacerse parcial o totalmente dependientes de otras personas que los atiendan y cuiden. (H. M. García, S. R. Martínez, 2012)

#### **4.3.3.2 Aspecto Psicológico.**

Lo que interesa es conocer la trayectoria evolutiva del bienestar psicológico, con especial atención en los últimos años de vida, los cuales se saben difíciles para las personas mayores, por estar caracterizados por pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos; estos acontecimientos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos.

Reagudización de los rasgos de personalidad previos.

Conductas de atesoramiento.

Sentimientos de Inseguridad.

Cambios en las Relaciones Sociales.

Mayor rigidez para aceptar los cambios tecnológicos y sociales.

#### **4.3.3.3 Aspecto Psíquico.**

Cambios en el comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias.

Todas las instancias de la sociedad deben relacionarse y conectar entre sí para producir "redes de seguridad" en beneficio de los seres más desvalidos, pero cuidando que los mismos sujetos sean (dentro de lo posible) agentes de su propia liberación, en donde predomina la familia nuclear, que ha prolongado la edad cronológica y en la que aún existen signos de sensibilidad y solidaridad.

*Pérdida de la autoestima:* Muchos adultos llegan a la edad de la jubilación y aún se sienten en plenitud para la realización de sus trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres de casa, etc. Aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a los 65-70 años sienten, sin embargo, que su mente está lúcida y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas.

*Pérdida del significado o sentido de la vida:* (Eric Erikson) nos enseña que la personalidad y el desarrollo se halla siempre en proyecto y que nunca termina de crecer, considera a la última etapa de la vida como la de integración versus la desesperación. La integridad vista como la disposición a defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica.

Alcanzar la integridad AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología <http://www.amapsi.org/portal> potenciado por Joomla Generado: 17 February, 2016, 19:49 consiste en haber logrado un especial estado del espíritu que (Sherman) dice que es la aceptación de la realidad de uno mismo y de la propia vida, resultante del abandono de ilusiones. Ellos son también capaces de enfrentarse a la muerte con más serenidad que aquellos quienes perciben que su vida carece de sentido.

*Pérdida de la facilidad de adaptación:* Al llegar a una mayor edad la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo. A esta edad el problema se agudiza pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

*La agresividad, la fácil irritabilidad (verbal o gesticular):* Que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.

*La aflicción o tristeza por una pérdida:* Esta clase de dolor es una respuesta normal y saludable a diferentes tipos de pérdidas. Una puede ser la de la pareja de tantos años, o de la salud, o del trabajo. Para calmarla, la persona tiene que aceptar los términos finales de esta pérdida. Para ello se pasa por diferentes estadios: Shock o confusión por sorpresa desagradable o confusión, negación,



enojo o molestia por el abandono, amargura, fingimiento de haber vuelto a la normalidad, enfrentamiento a la realidad depresión, sin esperanza, culpa, hasta que va pasando.

*Insomnio:* Es muy común en las personas mayores de 65 años pues los patrones de sueño cambian al envejecer. Las causas pueden ser físicas, ambientales o de comportamiento (ruido, comer tarde en la noche, dormir durante el día), injerencia de cafeína, alcohol, nicotina, algunos antidepresivos, medicinas estimulantes, horario de las medicinas, mentales como ansiedad o depresión; estrés como problemas familiares, financieros, de salud. El insomnio puede ser tratado eficazmente.

*Estrés:* Es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a sí mismo. Es bueno en emergencias pero puede causar síntomas físicos si perdura por mucho tiempo. Se puede presentar en la edad avanzada ante la inminencia de la jubilación, problemas familiares, problemas financieros. Se puede aprender el manejo adecuado del estrés.

*Pérdida de la Memoria:* La edad va asociada a la pérdida normal de la memoria. (Perder un objeto, no recordar nombres, fechas, o las cosas por las que había ido a la tienda, una cita). Otra muestra puede ser la charla repetitiva sobre un solo tema, una y otra y otra vez. La pérdida de memoria asociada a un deterioro leve de las funciones mentales es más delicada pues corren un alto riesgo a la enfermedad de Alzheimer. También se puede dar una pérdida anormal de la memoria. Se caracteriza por problemas como la desorientación, incapacidad de recordar hechos muy recientes, y confusión. Puede ser el desarrollo de una demencia. Es necesario un buen diagnóstico diferencial pues también algunos

medicamentos u otros trastornos pueden ocasionar estos síntomas. Un diagnóstico oportuno permite un tratamiento temprano.

#### **4.3.3.4 Efecto Externo del Envejecimiento.**

La teoría del envejecimiento basada en radicales libres afirma que envejecemos debido a la acumulación de daños causados por los radicales libres en el transcurso del tiempo. Un radical libre es un átomo o molécula muy volátil, que consiste en un único electrón desaparejado en una capa externa. La mayoría posee una gran capacidad para lesionar todas las estructuras celulares incluyendo lípidos y proteínas.

Encanece el pelo

Aparecen las arrugas

Se cae el pelo

Se caen los dientes

Se produce un aumento de peso

Disminuye la estatura

Se pierden algunos sentidos

La exposición a los rayos solares es el principal factor externo responsable del envejecimiento cutáneo por estrés oxidativo. El daño en la piel causado por la exposición prolongada y la exposición diaria a los rayos UV se denomina foto envejecimiento, que es también responsable de la pigmentación desigual.

La exposición a los rayos solares es el principal factor externo responsable del envejecimiento cutáneo por estrés oxidativo. El daño en la piel causado por la

exposición prolongada y la exposición diaria a los rayos UV se denomina foto envejecimiento, que es también responsable de la pigmentación desigual.

Los productos químicos y la nicotina que contienen los cigarrillos son responsables del ascenso rápido de la cantidad de radicales libres presentes en la piel. Lo mismo que la contaminación, intensifican los efectos de la exposición al sol, dando lugar al estrés oxidativo.

#### **4.3.3.5 Efecto Interno del Envejecimiento.**

Algunas de las causas del envejecimiento de la piel facial son inevitables y no pueden cambiarse. La edad biológica determina los cambios estructurales en la piel y la eficiencia de las funciones celulares. Estas funciones declinan a medida que pasan los años.

Un suministro sanguíneo más deficiente a la piel dificulta el aporte de oxígeno y nutrientes a la superficie cutánea. Predomina un tono de piel más apagado y desaparece el brillo que es una característica de la piel joven.

La genética desempeña un papel clave en el modo en que la piel envejece. La raza y el tipo de piel con que nacemos marcan una diferencia en la rapidez de aparición de los signos de envejecimiento en la superficie cutánea. Por ejemplo, una piel sensible clara es propensa a presentar arrugas en una edad temprana, mientras que la piel asiática puede ser propensa a un tono de piel desigual y las arrugas aparecen en una edad más tardía.

La sequedad inducida por la edad puede estar causada también por el carácter genético específico de una persona.

En el transcurso del tiempo estas relaciones y sistemas declinan, llegando a ser menos eficientes. El resultado es una piel visiblemente envejecida.

Degeneración y atrofia de los órganos y aumenta el stress.

#### *4.3.4 Factores Nutricionales.*

Dentro del conjunto de factores que están estrechamente relacionados con el envejecimiento saludable. La nutrición en este grupo etéreo es compleja ya que constituye un grupo muy heterogéneo y en ocasiones debe ser individualizada.

Algunos procesos propios del envejecimiento influyen en la nutrición de este grupo como son:

La pérdida del gusto y el olfato.

Deterioro de la función masticadora y tragadora.

Pérdida de apetito.

Deterioro de la absorción.

Estreñimiento (reducción de la motilidad intestinal, medicación, sedentarismo, insuficiente ingesta de líquidos)

Hiperglucemia

Desnutrición (aislamiento social, ingresos, depresión y morbilidad)

Estados confusionales o de demencia)

Incapacidad física (reducción de la destreza manual, deterioro de la motilidad).

#### **4.3.5 Cambios Sociales.**

Los cambios sociológicos afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Hay cambios en el rol individual como individuo y como integrante y de una familia, y hay cambios en el rol social (laborales y dentro de una comunidad).

*Cambios en el rol individual:* Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuela, al perder a su pareja, al tener que abandonar su hogar, entre otros). Por otro lado con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado.

*Cambios en el rol social:* La jubilación que veremos más adelante es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.

*La jubilación:* Es la situación laboral por la cual una persona tiene derecho a una remuneración tras alcanzar una edad reglamentaria para dejar de trabajar.

*Las principales consecuencias que tiene la jubilación son:* pasar de un estado de actividad laboral a un estado de inactividad, pérdida de capacidad adquisitiva en muchos casos, pérdida de contactos sociales y aumento del tiempo libre.

*Las repercusiones que puede tener sobre la salud serían las siguientes:* estados de ansiedad, estados de depresión, labilidad emocional, trastornos del sueño, dificultad para relacionarse, etc. Numerosos estudios han demostrado que la pérdida de actividad de la jubilación sino es reemplazada puede dar lugar a un declive en las funciones cognitivas.

Se han puesto en marcha desde hace años iniciativas dirigidas a prevenir las consecuencias negativas de la jubilación y a plantear programas preventivos para desarrollar cuando llegue el momento de jubilarse. Todos ellos van dirigidos a

mantener activa y estimulada a la persona, a saber gestionar el tiempo libre y a adaptarse a los cambios que inevitablemente acompañan a la jubilación.

#### **4.3.6 Ministerio de Salud Pública.**

##### **4.3.6.1 Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor.**

El derecho a la protección y cuidado a la salud es una condición primordial de toda persona adulta mayor, es por tanto, es una obligación moral del estado como de toda la sociedad mejorar y promover mejores condiciones y calidad de vida para las adultas mayores.

El programa de desarrollo integral del adulto mayor tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores en los espacios donde ellas viven, construir comunidades saludables, construcción de entornos físicos y sociales saludables, participación comunitaria y social articulada para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar y la participación activa de las personas mayores en el desarrollo de la promoción y el mantenimiento de la salud y bienestar en todas las edades. Para el desarrollo de este programa es importante considerar a lo menos los siguientes componentes: El autocuidado, el envejecimiento saludable.

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

Facilitar al sujeto la propia definición de su condición de salud, - Identificar los problemas en la medida que se presenten,

Buscar soluciones entre las cuales está presente el cuidado de sí mismos, la solicitud de ayuda pertinente o la realización de acciones sociales dirigidas al problema específico.

Conservar la capacidad de autocuidado permite a la persona mantener su dignidad, autoestima y bienestar, aspectos que son muy importantes, porque favorecen la autonomía y la independencia.

*Envejecimiento saludable:* El desarrollo humano se conceptúa como un continuo devenir, como “ser haciéndose” en forma permanente. Esto explica la necesidad de adaptarse a situaciones nuevas a lo largo de la vida. Así alcanzar un envejecimiento saludable constituye uno de los más grandes retos del ser humano.

La OPS, define el estado de salud de los que envejecen, no en términos de déficit sino del mantenimiento de la capacidad funcional. Así, el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios biopsicosociales, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal, en cuya adaptación el interesado juegue un papel activo. Sobre cómo obtener un envejecimiento saludable se han propuesto varias teorías y conceptos, dentro de los cuales tenemos:

*Teorías sociales:* Son las que tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores. Entre ellas tenemos la teoría de la desvinculación o de la disociación sostenida por Cumming y Henry en 1961, consideran que retirarse de la interacción social constituye una forma de

adaptación natural en la vejez. El adulto mayor aumenta la preocupación por sí mismo, disminuyendo el interés individual por los demás, acepta con agrado su retiro y contribuye voluntariamente a él y así mantiene la moral alta.

*Teoría de la actividad:* Propuesta por Havighurst en (1969), afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización; tienen más capacidad de adaptación y están satisfechos con la vida.

*Teoría de continuidad:* La adaptación toma en cuenta la personalidad y la persistencia del mismo estilo de vida manifiesta a lo largo de la vida.

Este proceso de envejecimiento saludable impone enormes desafíos y retos pero también enormes oportunidades. Por ello el equipo de salud debe integrar el proceso de envejecimiento en el contexto más amplio del desarrollo social y atender la situación de las personas adultos mayores desde la perspectiva de toda la vida en que los estilos de vida que favorecen un envejecimiento sano, se forman en etapas tempranas para contribuir y alcanzar longevos sanos, activos y productivos. (Ministerio de Salud Pública. Programas del Adulto mayor).

#### **4.4 Centro Gerontológico.**

Los Centros Gerontológicos del día para personas adultas mayores, son servicios de atención diurna para personas adultas mayores, esto es para quien ha cumplido sesenta y cinco años de edad o más, diseñados como complemento a la vida familiar, en donde se mantiene una estrecha relación entre personas adultas mayores, la familia y la comunidad. (Ortiz, HD. 2006, s/p).



#### **4.4.1 Servicios del centro Gerontológico.**

Un centro gerontológico especializado, ofrece una gama de servicios entre los cuales podemos citar los siguientes:

*Áreas especializadas Separadas físicamente unas de otras por el bienestar del enfermo:* una para pacientes geriátricos lúcidos o con deterioro cognitivo leve, otra para pacientes geriátricos con deterioro mental moderado, una más para pacientes con deterioro severo y otra para cuidados terminales, cuando el paciente se pone muy delicado y necesita cuidados paliativos.

*Instalaciones especialmente acondicionadas;* Las instalaciones requieren estar especialmente acondicionadas con rampas y pasamanos en los pasos y los baños, de tal suerte que no haya ningún tipo de riesgos, y los pacientes puedan apoyarse donde ellos lo requieran.

*Cinco comidas diarias con dieta especial:* De por sí, los adultos mayores requieren dieta especial. Por ejemplo, adquirir la sal en cantidades moderadas. Por otro lado, muchos de ellos padecen diabetes, hipertensión, alergias, etc., lo cual motiva a que se les prepare una dieta especial, personalizada.

*Cuidados y enfermería las 24 horas:* Los ancianos dependientes requieren en verdad de muchos cuidados y atenciones para cada una de sus actividades diarias como caminar, ducharse, vestirse y desvestirse, etc. Además, debido a la fragilidad de su salud, el médico necesita saber periódicamente cuáles son sus signos vitales. Necesitan tomar sus medicamentos a la hora indicada por sus médicos y recibir todas las terapias y curaciones (de haberlas) prescritas por ellos.

*Terapias de Rehabilitación física y mental:* Las personas de la tercera edad requieren de rehabilitación y responden muy bien a ella. En cuanto un paciente

ingresa a un Centro Geriátrico serio, su salud es vigilada periódicamente y el paciente recibe un programa de rehabilitación cuyo cumplimiento es vigilado estrechamente.

*Actividad artística cultural:* los adultos mayores dan a conocer todas sus potencialidades y expresiones artísticas que pueden poseer poesía, baile y teatro.

*Terapias ocupacionales:* Todos sabemos que el ocio es la madre de todos los vicios. Un adulto mayor que sólo ve televisión y no tiene nada que hacer, en algo tiene que ocupar su mente. La enfermedad suele ser uno de sus temas predilectos, por ello, las terapias ocupacionales adecuadas a su edad y a sus capacidades son indispensables para su bienestar general.

*Actividades religiosas:* Son aquellas que incrementan la espiritualidad individual del anciano participante y su fe en Dios entre las cuales: cantos litúrgicos, lectura de la biblia, semana santa entre otras.

*Gimnasio de la Tercera edad:* El ejercicio es una actividad que es conveniente que todos realicemos para el beneficio de nuestra salud. Sin embargo, las actividades que realizamos diariamente nos mantienen con un mínimo de condición física que impide que nuestros músculos se atrofien. Los ancianos dependientes son muy pasivos y permanecen largas horas en una misma posición, sentados o acostados. Esto puede ser muy dañino para su salud.

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### 5.1 Materiales.

*Materiales de Oficina:* papel bond, tablero, clips, trípticos, hojas volantes, esferos.

*Equipos:* computadora, impresora, proyector, flash memory, cámara fotográfica.

### 5.2 Métodos.

#### 5.2.1 Localización del Área de estudio.

El estudio de tesis se desarrolló en el centro gerontológico del cantón Yantzaza, ubicado en la provincia de Zamora Chinchipe, limita con la mayoría de cantones restantes a excepción de Chinchipe, Palanda y Nangaritza. Al norte limita con la provincia del Azuay; y al este con el Departamento de Amazonas, Perú por medio de la Cordillera del Cóndor.

El Centro Gerontológico de los adultos mayores del Cantón Yantzaza, está ubicado en el barrio San Francisco , Avenida José Velasco Ibarra (esquina) entre las calles Girasoles, las Begonias y Guayacanes, aproximadamente 15 minutos en vehículo.

El Hogar de Ancianos de Yantzaza es un centro para adultos mayores auto válidos, cuenta con un espacio de intercambio, interacción social, dirigido por la Asociación Femenina Pro Desarrollo de Yantzaza, integrada por 11 personas, quienes sin fines de lucro y para el bien de los adultos mayores decidieron crear una casa que los acoja de forma gratuita y para ello deben hacer autogestión, informó la coordinadora del centro.

Funciona en una área total de 1200m<sup>2</sup>, con una construcción de hormigón armado de un dos pisos, con losa distribuida de la siguiente manera: cocina y comedor, salón social pequeño, dormitorios de mujeres y varones de 5 habitaciones de piso de cerámica con baños privados incluidos closet, pequeño comedor con una sujetadora para facilitar la deambulaci3n, de los geriátricos, una lavandería, una oficina de administraci3n y secretaria, un cuarto amplio dividido en dos secciones donde se realizan las rehabilitaciones, masajes fisioterapias y en el otro se encuentran máquinas de ejercicio ya que permite a los usuarios realizar ejercicios para mantener su estado de salud de manera gratuita, cuarto de bodega, cuarto con baño privado donde funciona consultorio médico, los recursos del MIES cubren los gastos de alimentaci3n, cuidadoras y terapia de rehabilitaci3n.



**Gráfico 1:** Localizaci3n del centro gerontol3gico de Yantzaza.

### **5.2.2 Tipo de Investigación.**

En el presente estudio se utilizó varios diseños de investigación como el método descriptivo describió los diferentes factores de riesgo como son los psicológicos, sociales y ambientales, al mismo tiempo. Método transversal, ya que apunta a un momento y tiempo determinado de la investigación. De campo ya que la autora se trasladó al sitio de la investigación para recopilar información y aplicar el plan de intervención de manera directa a los adulto mayor del Centro Gerontológico del Cantón de Yantzaza y bibliográfico basada en la búsqueda de otras fuentes como las consultas en internet, revistas científicas, también ayudo a realizar el marco teórico.

### **5.2.3 Técnicas Instrumentos y Materiales.**

La metodología utilizada para el cumplimiento de los objetivos planteados fueron los siguientes:

#### **5.2.3.1 Metodología Objetivo 1.**

Para cumplir con el primer objetivo que fue; conocer el diagnóstico situacional de los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza, la autora utilizó la técnica de la encuesta con su instrumento el cuestionario con preguntas cerradas prediseñadas y específicas para obtener la información requerida del estudio. Se aplicó a cada adulto mayor, en el caso de los que sufren discapacidad para emitir información se recolectó de las personas que están al cuidado de ellos también se completó por la revisión del historial clínico de cada geriátrico que se encuentra asilado y los que acuden al Centro Gerontológico. Al cumplido con el total de la muestra se procedió a tabular la información recolectada para el análisis y con ayuda de programas informático, de esta forma se verifico que

adultos mayores sufren síndromes geriátricos llevando acabo el cumplimiento de la investigación.

#### *5.2.3.2 Metodología Objetivo 2.*

Para cumplir con el segundo objetivo que fue; determinar los factores de riesgo asociados a los síndromes geriátricos de los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza. Mediante la técnica de observación directa con su instrumento la guía de observación la autora obtuvo datos verídicos y estadísticos del problema, mediante lo observado y se procedió a la realización de las tablas estadísticas, obteniendo información concreta, también se apoyó de equipos y paquetes informáticos lo que permitió efectuar los resultados obtenidos.

#### **5.2.3.3 Metodología Objetivo 3.**

Para cumplir con el tercer objetivo que fue; determinar las complicaciones de los síndromes geriátricos en los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza. La autora aplicó las técnicas de observación directa y con ayuda de la revisión de las historias clínicas, se obtuvieron los datos requeridos los cuales fueron procesados y analizada para luego ser representada en cuadros.

#### **5.2.3.4 Metodología Objetivo 4.**

Para la obtención del siguiente objetivo que fue; implementar un plan de intervención para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza que ayude a disminuir con la aparición temprana de los síndromes geriátricos. La autora realizo actividades educativas, talleres a los adultos mayores sobre el cuidado básico, en temas referentes a la higiene diaria, aseo bucal al personal de la institución durante el proceso de

envejecimiento, también hizo la entrega de trípticos, cartillas y volantes, con su contenido información claro y concreto de los síndromes geriátricos, se realizó a demás actividades ocupacionales que mejoren el nivel cognitivo, se mencionó la importancia del ejercicio de forma regular y la rehabilitación, mejorando su motricidad fina y gruesa ayudando en su equilibrio y destrezas, se asistió a las visitas domiciliarias con ayuda del profesional médico para el control de las enfermedades y de los síndromes geriátricos, brindando información a los familiares y adultos mayores con el fin de lograr una calidad de vida.

#### **5.2.4 Población y Muestra.**

##### **5.2.4.1 Población.**

La población de estudio estuvo definida por los adultos mayores internos y externos del centro Gerontológico del Cantón Yantzaza.

**N= 54 geriátricos**

##### *5.2.4.2 Muestra.*

Dado que el número de la población es pequeña el total de la población está formada de varones y mujeres debido a su inasistencia se ha escogido esta muestra.

**n= 54 geriátrico**

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Diagnóstico situacional de los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza.

**Tabla 3.**

Sexo

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	25	46,30
Femenino	29	53,70
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

#### **Interpretación:**

La tabla 3 presente, en relación a la identificación del sexo de los adultos mayores en el centro Gerontológico de Yantzaza fue predominó el género femenino con el 53,70%, a diferencia del masculino con el 46,30%.

#### **Análisis:**

Es relación al género se pudo evidenciar que la mayor parte de los adultos mayores del centro gerontológico pertenecen al género femenino representado por el 53,70%, aunque la mayoría tienen familiares que están a su cuidado, ellos prefieren acudir al asilo a realizar talleres de manualidades, terapias cognitivas y conductuales que mejoran su estilo de vida evidenciándose la mayor influencia del sexo femenino.



**Tabla 4.***Edad*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
65-73 años	26	48,15
80-90 años	22	40,74
> 91 años	6	11,11
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

La edad de los adultos mayores del centro Gerontológico encontrado pertenece al rango de 65-73 años el 48,15%, seguido de 80-90 años el 40,74% y el 11,11% son > 91 años.

**Análisis:**

De los datos expuestos, la edad que predomina pertenece al rango de 65-73 años con el 48,15%, los datos indican que a medida que avanza la edad de los encuestados se incrementa la percepción de pertenencia al segmento de población de adultos mayores. La vida de ellos, tiene una dimensión individual, social, política, histórica que configura la vida personal según distintas modalidades y, por lo tanto, no hay una manera de envejecer, sino una pluralidad de alternativas. Por eso, se debe asociar a los distintos modos de la "situación vital" que resulta de la concurrencia de múltiples variables que condicionan a la persona más allá del paso inexorable del tiempo que acumula años, presentando

complicaciones irreversibles y la muerte, disminuyendo así el número de la población.

**Tabla 5.**

*Escolaridad*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	38	70,37
Secundaria	10	18,52
Ninguna	6	11,11
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

Mediante la tabla presente el nivel de escolaridad del adulto mayor, reflejado el 70,37% tienen primaria, seguido el 18,52% con secundaria y el 11,11% ninguna escolaridad o ninguna preparación en su trayecto de vida.

**Análisis:**

Se puede establecer que existe un mayor porcentaje de adultos mayores que culminaron la primaria el cual está representado por el 79,63%, lo que demuestra que la población posee un bajo nivel de educación o no han tenido educación completa probablemente se debe a los cortos recursos económicos y se dedicaban más a trabajar, teniendo un ingreso para su hogar. Hoy en día el Ministerio de educación necesita desarrollar competencias para la vida y el trabajo, que se sustentan en la necesidad de lograr aprendizajes significativos, tomando como base para que todas las personas tengan la oportunidad de

culminar sus estudios, es decir, se apoya en la concepción de la enseñanza y el aprendizaje como procesos culturales inseparables, permitiendo tener un nivel de estudio superior teniendo así oportunidades en la vida.

**Tabla 6.**

*Ocupación*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Quehaceres domésticos	15	27,78
Agricultor	25	46,30
Comerciante	4	7,49
Chofer	5	9,26
Costurera	2	3,70
Artesano	3	5,56
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

En la tabla se observa que la ocupación del adulto mayor 15 se dedican a los quehaceres domésticos con el 27,78%, seguido 25 personas son agricultores con el 46,30%, mientras que 4 son comerciantes con el 7,49%, 5 de ellos son choferes con el 9,26%, 2 pertenecen a costureras con el 3,70% y 3 artesanos con el 5,56%.

**Análisis:**

Las encuestas realizadas, evidenciaron la ocupación que mayor prevalece en los adultos mayores es la agricultura representado por el 46,30%, determinándose una baja escolaridad por ello se dedicaban a la siembra y cosecha, adquiriendo así un salario básico para su hogar, sin la oportunidad de culminar sus estudios y

adquirir un título profesional, no tienen un conocimiento prioritario para prevenir las enfermedades crónicas que afectan durante el pasar de los años evitando aumentaran su calidad de vida y un bienestar social.

**Tabla 7.**

*Procedencia*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	42	77,78
Rural	12	22,22
<b>TOTA</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

Del total de los adultos mayores encuestados, el 77,78% son de procedencia Urbana a diferencia del 22,22% que son del sector rural.

**Análisis:**

De acuerdo a la tabla expuesta sobre su procedencia, el urbano predomino con 42 adultos mayores, representando el 77,78% se relaciona con la asistencia frecuente en de los adultos mayores al centro gerontológico de Yantzaza, siendo esta localidad de fácil acceso ya que cuenta con un hospital, instituciones públicas y privadas, Laboratorios, lugares recreativos, la aparición de los síndromes geriátricos en los adultos mayores es un factor de riesgo el lugar de residencia en donde predisponen para generar estos síndromes, lo cual indica que las visitas domiciliarias no se realizan muy seguidas por su distancia creando enfermedades crónicas sin detención oportuna de una prevención.

**Tabla 8.***Estado civil*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	18	33,33
Casado	15	27,78
Viudos	21	38,89
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

El 33,33% de los adultos mayores su estado civil solteros, el 27,78% son casados y culminando el 38,89% viudos.

**Análisis:**

Se evidencia que existe un mayor porcentaje de adultos mayores con estado civil viudo el 38,89%, debido a que influyen factores predisponentes para la existencia de los síndromes geriátricos que modifican su calidad de vida, por lo cual quedarse viuda o viudo después de muchos años de casados suele ser devastador, en una etapa donde las experiencias de pérdidas superan ampliamente al resto de las manifestaciones de esta vida, Se calcula que más de 900 mil adultos pierden a su pareja cada año, de los cuales el 75% es mayor de 65 años, llevándolas a una depresión, aflicción, angustia, teniendo más posibilidades de adoptar acciones inmediatas para prevenir pérdidas adicionales cercanas y evitar situaciones similares que reducen la posibilidad de otras pérdidas. La experiencia del dolor y la anticipación del dolor deberían aumentar la

motivación personal para prevenir la muerte ya que son personas frágiles y de riesgo.

**Tabla 9.**

*Situación económica*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Jubilados	24	44,44
Recibe Bono	18	33,33
Apoyo Familiar	12	22,22
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

En la tabla respectiva nos muestra que el 44,44% la situación económica en los adultos mayores son jubilados, el 33,33% reciben bono del gobierno y el 22,22% tiene apoyo familiar.

**Análisis:**

La situación económica en los adultos mayores que predominan son los jubilados con el 44,44%, lo que demuestra que tienen ingresos mensuales para el sobrevivir diario y el 22,22% reciben ayuda familiar por lo tanto depende de la situación económica de sus hijos/as para poder ayudarles a los geriátricos con gastos de medicinas y suplementos alimenticios para su bienestar. La adaptación a la jubilación ha despertado interés en los últimos tiempos, sobre todo ante los acelerados cambios demográficos y el aumento de la expectativa de vida. La jubilación es un proceso que requiere de un abordaje integral y de una

intervención gerontológica. Por estar asociado a la etapa de la vejez, en muchas ocasiones implica una amenaza, sobre todo para aquellas personas que han hecho del trabajo una fuente de identidad.

**Tabla 10.**

*Enfermedad actual*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes	9	16,67
Hipertensión Arterial	17	31,48
Alzheimer	2	3,70
Insuficiencia cardiaca	1	1,85
Artritis	6	11,11
Osteoporosis	4	7,41
Neumonía	2	3,70
Demencia	8	14,81
Parkinson	2	3,70
Ninguna	3	5,56
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

De las encuesta aplicadas se conoció la enfermedad actual, 9 adultos mayores su diagnóstico fue Diabetes con el 16,67%, 17 de ellos tienen Hipertensión Arterial con el 31,48%, seguido de 2 personas con Alzheimer Neumonías y Parkinson representado por el 3,70%, Siendo notorio 1 persona con Insuficiencia cardiaca con el porcentaje 1,85%, 6 de los adultos mayores presentan artritis con el 11,11%, también 4 personas tienen osteoporosis con el 7,41%, 8 de ellos padecen de demencia con el 14,81% y culminando con 3 de ellos no muestran ninguna enfermedad con el 5,56%.

**Análisis:**

Se determinó que en la enfermedad actual existe un alto número de adultos mayores con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que corresponde al 31,48% siendo este un factor desencadenante para la existencia de los síndromes geriátricos que provocan deterioro total del estado físico-mental de la persona con mínimo porcentaje la diabetes con el 16,67%, siendo una enfermedad crónica producida por factores durante el pasar de los años conllevando a sufrir complicaciones relevantes, causando problemas de salud graves como un ataque al corazón o un derrame cerebral, por ende existen ciertas medidas preventivas para reducir los riesgos, logrando un envejecimiento saludable.

## 6.2 Factores de riesgo asociados a los síndromes geriátricos en los adultos Mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza

**Tabla 11.**

*Caídas*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Problemas Visuales	27	50,00
Atrofia muscular	10	18,52
Alteración del sistema nervioso	3	5,56
No presenta	14	25,93
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>



**Interpretación:**

En la tabla se evidencia que el 50,00% tienen problemas visuales, mientras que el 18,52% tienen atrofia muscular, también el 5,56% tienen alteración del sistema nervioso y el 25,93% no presentan ninguna anomalía.

**Análisis:**

Mediante la guía de observación se pudo determinar que en los adultos mayores el dato más relevante fue el 50,00% con problemas visuales, generando una agudeza, problemas cognitivos y de movilidad, especialmente entre quienes viven en instituciones tales como las residencias de ancianos o los centros de atención a pacientes crónicos; Según la OMS las caídas son las segundas causas mundiales de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, interfiriendo la edad ya que es un principal factor de riesgo relacionado con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población va disminuyendo la capacidad para realizar actividades normales dentro de su vida diaria.

**Tabla 12.***Cognitivo*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Demencia	11	20,37
Parkinson	2	3,70
Alzheimer	2	3,70
No presenta	39	72,22
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Interpretación:**

El 20,37% de adultos mayores demuestran tener Demencia, seguido del 3,70% tienen Alzheimer y Parkinson, mientras que el 72,22%, no presentan a nivel cognitivo.

**Análisis:**

El deterioro cognitivo en el adulto mayor disminuye diferentes aptitudes intelectuales provocando alteraciones sensoriales, motrices y de personalidad, el valor relevante es el 72,22% que muestra los geriátricos no tener ninguna alteración cognitiva, mientras que el 3,70% tienen Alzheimer y Parkinson, lo cual demuestra que existe síndromes geriátricos que afecta su situación funcional presentando cierto grado de desorientación en tiempo y espacio produciendo pérdida progresiva de la memoria y muerte de neuronas en la sustancia negra cerebral.

**Tabla 13.***Inmovilidad*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Problemas de equilibrio	28	51,85
Paraplejia	4	7,41
No presenta	22	40,74
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

Del total de la muestra se evidencia que 28 adultos mayores presentan problemas de equilibrio con el 51,85%, seguido de 4 personas que tienen

paraplejia con el 7,41%, culminando que 22 geriátricos no presentan inmovilidad con el 40,74%.

### **Análisis:**

La inmovilidad es la disminución de la capacidad de desplazamiento para realizar actividades sean estos por problemas físicos, funcionales u otros, que sobresaltan la salud. En este estudio el 51,85% de los adultos mayores presentan problemas de equilibrio siendo un factor de riesgo que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores, demostrando el síndrome de inmovilidad que genera debilidad muscular generalizada, temor a las caídas, problemas cardiovasculares, pérdida de reflejos posturales dando aparición a las úlceras.

### **Tabla 14.**

#### *Incontinencia urinaria*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Infecciones urinarias	10	18,52
Prolapso uterino	3	5,56
No presenta	41	75,93
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

### **Interpretación:**

El los Adulto Mayores del centro gerontológico se evidencio Infecciones urinarias con el 18,52%, seguido del 5,56% presentaron prolapso uterino a diferencia del 75,93% no presentan incontinencia urinaria.

**Análisis:**

Se determina que los adultos mayores se observa un porcentaje de 81,48% no presentan incontinencia urinaria, mientras tanto cabe enunciar que la incontinencia urinaria es una enfermedad que afecta tanto en su personalidad, como en su autoestima, representado con valor mínimo con infección urinaria, sobrepeso y el prolapso pélvico ya que al existir factores que induzcan a la aparición de los problemas urinarios, por ello es importante reconocer que sólo una pequeña proporción de personas con este problema busca ayuda médica. Las mujeres no suelen consultar directamente, e intentan mantener la enfermedad oculta el mayor tiempo posible y tienden a soportarlo sin asistencia médica, ya sea por vergüenza, porque consideran que es inevitable o porque suponen que es una consecuencia inherente al envejecimiento deteriorando la calidad de vida de los adultos mayores.

### 6.3. Complicaciones que se produce por los síndromes geriátricos en los adultos mayores del Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza.

**Tabla 15.**

*Complicación/Caídas*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Fractura	10	18,52
Hematoma	30	55,56
No presenta	14	25,93
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

El 18,52% de los encuestados presentan fracturas, mientras que el 55,56% tuvieron hematomas y el 25,93% no presentan complicaciones de las caídas.

**Análisis**

El 55,56% de los adultos mayores del centro gerontológico presentaron hematomas, seguido de fracturas con el 18,52%, Las caídas provocan lesiones traumáticas que pueden ser leves hasta muy severas. Al momento de existir el impacto de forma involuntaria lo cual provoca limitación del movimiento, que lleva a la utilización de un soporte de ayuda como el bastón, silla de ruedas, andadores entre otros, pérdida del conocimiento, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia, capaz de generar la muerte.

**Tabla 16.***Complicación/Cognitivo*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Crisis epiléptica	2	3,70
Demencia Senil	13	24,07
No presenta	39	72,22
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

En lo referente de la complicación cognitivo, 2 de los adultos mayores tuvieron crisis epiléptica con el 3,70%, mientras que 13 encuestados presentaron demencia senil con el 24,07% y 39 de ellos no presentan con el 72,22%.

**Análisis:**

Se encontró que la mayor prevalencia de la población en estudio el 72,22% no presenta ninguna complicación cognitiva, se añade en porcentajes bajos la crisis epiléptica y la demencia senil ya que son predictores del deterioro para poder así prevenir y actuar antes de que éste sea inevitable. El deterioro cognitivo es elevado en la edad adulta y durante su proceso de vejez, lo que genera consecuencias negativas a nivel personal, familiar, económico y asistencial. Algunos indicadores de riesgo podrían ser la edad, el sexo, el nivel educativo, la historia familiar de demencia, las quejas subjetivas de memoria, diversos problemas médicos (hipertensión y diabetes), las dificultades sensorio-motoras, la actividad metabólica reducida en ciertas áreas cerebrales.

**Tabla 17.***Complicaciones/Inmovilidad*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ulceras por presión	12	22,22
Contracturas musculares	18	33,33
No presenta	24	44,44
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

**Interpretación:**

En la tabla se observa que 12 adultos mayores tuvieron úlceras por presión con el 22,22%, también 18 de ellos manifestaron contracturas musculares con el

33,33% y a diferencia de 24 personas no presentan ninguna complicación con el 44,44%.

### **Análisis:**

El dato más relevante en esta tabla es el 44,44% de los adultos mayores no presentan ninguna complicación, seguido de un porcentaje de 33,33% tuvieron contracturas musculares seguido de úlceras por presión causando el síndrome de inmovilidad por la pérdida de masa muscular, encamamiento que imposibilitan la deambulacion, inestabilidad en la marcha y miedo a caídas por lo cual es un problema geriátrico que reduce la tolerancia al ejercicio progresiva, aislamiento social y dependencia de terceras personas lo que lleva a la depresión junto con la ansiedad.

### **Tabla 18.**

#### *Complicación/Incontinencia Urinaria*

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Incontinencia urinaria	3	5,56
Úlceras Cutáneas	10	18,52
No presenta	41	75,93
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>

### **Interpretación:**

En la tabla se observa un total de 54 adultos mayores, lo cual se evidencio que 3 geriátricos presentan Incontinencia urinaria con el 5.56%, 10 de ellos

tienen úlceras cutáneas con el 18,52% y finalmente el 41 no presentan con el 75,93%.

### **Análisis:**

Los resultados obtenidos de la incontinencia urinaria en los adultos mayores con mayor predominio el 75,93% no presentan complicaciones y con bajo porcentaje el 18,52% presentan úlceras cutáneas, provocando lesión de la piel que implica pérdida de la epidermis, puede tratarse de una herida únicamente superficial o de una afectación más profunda. La incontinencia urinaria, ocasiona esfuerzo de la pérdida accidental de orina al toser, reír o estornudar, generando problema neuromusculares alterándose las señales nerviosas del cerebro a la vejiga y uretra, enfermedades como la diabetes, los derrames cerebrales o la esclerosis múltiple ya que influye en la actividad cotidiana del enfermo, la razón de conocer sobre las complicaciones de la incontinencia urinaria es primordial para su detención temprana de los síndromes geriátricos y poder mejorar su calidad de vida.

### **6.4 Plan de intervención para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores del centro gerontológico.**

Debido a la existencia de los síndromes geriátricos en los adultos mayores del centro gerontológico, la autora realizó el plan de intervención de enfermería frente a este problema.

**Tema:** Cuidados básicos del adulto mayor con Síndromes geriátricos.

**Participantes:** Adulto Mayor, cuidadores, personal de Centro gerontológico.

**Lugar:** Yantzaza

**Fechas:** 01-04-05-07-08-11-12 de Abril del 2016.



**Responsable:** Marjorie Parra.

**Colaborador:** Médico General.

**Objetivo:**

Promover la participación de las actividades que contribuyan a disminuir los factores de Riesgo de los Síndromes Geriátricos.

<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>			
<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>RECURSOS MATERIALES</b>
01-04-2016	<b>Capacitación sobre los Síndromes Geriátricos</b>	Conferencia	Diapositiva, video Tríptico de los síndromes geriátricos
05-04-2016	<b>Taller sobre los cuidados básicos del adulto mayor</b>	Práctica demostrativa	Jabón, esponja, jarra, agua tibia, toalla, cortaúñas, prestobarba, crema hidratante.
07-04-2016	<b>Psicoterapia</b>	Adivinanzas Buscador de palabras Terapia de música	Premio sorpresa, hojas, globos. Computadora y parlantes.
08-04-2016	<b>Ejercicio y Rehabilitación</b>	Flexibilidad, fuerza muscular, motricidad fina y gruesa Fisioterapia	Estiramiento de brazos, aplaudir, Manualidades bailar Cremas Masajes
11-04-2016 12-04-2016	<b>Visita domiciliaria</b>	Examen físico médico	Fonendoscopio y tensiómetro Glucómetro, termómetro.

## 7. DISCUSIÓN

La presente discusión se basa en los resultados obtenidos en los instrumentos de investigación aplicados a los involucrados del Centro Gerontológico del Cantón de Yantzaza año 2015, donde se ha podido detectar los siguientes datos los mismos que son el resultado de la tabulación de las entrevistas aplicadas, que al ser contrastadas con las observaciones realizadas guardan estrecha relación entre sí.

Para este efecto se ha establecido el diagnóstico situacional de los adultos mayores de este centro Gerontológico, donde predomina el sexo femenino con el 53.70%, en la edad el rango de 65 a 73 años con el 48,15%, de estado civil viudos con el 38,89, relación que se establece con el estudio en el hospital Dr. Salvador Allende en Cuba de los síndromes geriátricos, el sexo más afectado fue el femenino con el 40,92%, edad mayores de 65- 74 años con 37,42%, el estado civil predominó viudos con el 45,10%, existiendo datos equivalentes en las investigaciones mostrando que los adultos mayores durante su etapa de vida van disminuyendo sus funciones, afectando la calidad de vida.

Con respecto a la escolaridad el 70,37% tienen primaria, de ocupación agricultor con el 46.30%, se señala en la literatura internacional de geriatría que los mismos se presentan en un alto porcentaje en aquellas personas que tienen bajo nivel de escolaridad con 65,40% por lo tanto son agricultores lo cual propicia el no entendimiento de diversas situaciones que surgen en los cambios en el envejecimiento o el cuidado integral.

En el centro gerontológico el lugar de procedencia es urbana con el 77,78% se encuentran en concordancia con los datos del INEC en la provincia de Zamora Chinchipe, situación económica con el 44,44%, jubilados, en comparación al

estudio del control anual de los adultos mayores en el CESFAM de Niebla, recibe pensión con el 54% Por lo tanto se puede recalcar que el aporte financiero es bueno y que deben procurar preocuparse más por su salud.

Referente a la enfermedad actual se obtuvo la Hipertensión Arterial con el 31,48% en el Centro Integral del Adulto Mayor en Santa Elena, en relación a la hipertensión arterial el mayor porcentaje es de 65% describen llevan un desorden alimenticio ya que va a generar complicaciones y no ayudara a mantener el buen funcionamiento del organismo del Adulto Mayor provocando la aparición de los síndromes geriátricos.

Los *Factores de riesgo caídas* 50,00% tienen problemas visuales, en concierto con los datos de Sánchez Becerra, la mayor prevalencia de caídas se dieron en suelo por dificultad visual el 27,1%, disminuyendo la capacidad del adulto mayor para realizar actividades normales dentro de su vida diaria.

*Factores de riesgo cognitivo*, el 20,37% presentan demencia, mientras que en el Centro Integral del Adulto Mayor en Santa Elena, con 70% pérdida de la memoria, con desarrollo de demencia senil, lo que influye en la salud del adulto mayor, su estado emocional, afectando el grado de dependencia.

*Factores de riesgo de inmovilidad*, el 51,85% presentan problemas de equilibrio, relacionado al estudio anterior que el 40,4% tiene problemas de equilibrio ya que impide realizar actividades y ejercicios, dependiendo del uso de dispositivos como bastones, silla de ruedas, andadores entre otros, dificultando interactuar con los demás geriátricos adquiriendo el síndrome de la inmovilidad y el *factores de riesgo incontinencia urinaria* el 18,52% tienen incontinencia urinaria.

*Complicación de caídas, prevalece 55,56%* presento hematomas, seguida del *deterioro cognitivo* el 24,07% *demencia senil* y la *inmovilidad* con el 33,33% *contracturas musculares*, la *incontinencia urinaria* con el 18,52% *ulceras cutáneas*, lo cual indica que en los adultos mayores no existe en su totalidad las complicaciones durante la etapa de envejecimiento pero están propensos a adquirir los síndromes geriátricos, mostrando deterioro de las funciones cognitivas con desorientaciones durante el pasar de los años, la disminución de la masa muscular, pérdida de los reflejos posturales, encamamientos produciendo úlceras por presión, en regiones del cuerpo, dependiendo de cuidado integral del anciano, provocando problema social, que repercute en su estado psicológico, así tenemos que la Dra. Expósito Blanco Ana, nos da a conocer las repercusiones que tiene la incontinencia urinaria esta son: “sobre la salud física: infecciones urinarias, molestias cutáneas, sobre el bienestar psicológico: vergüenza, aislamiento, depresión, dependencia, consecuencias sociales: estrés en la familia, abandono de actividades.

Mediante los resultados obtenidos se procedió a la realización de un plan de intervenciones para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores fue de información valiosa, ya que se logró impartir el conocimiento sobre los síndromes geriátricos, los factores predisponentes y las complicaciones que repercuten en el trayecto de su vejez, mediante la capacitación, talleres de los cuidados básicos del adulto mayor, psicoterapia, la importancia del ejercicio- rehabilitación y cumplimiento de las visitas domiciliaria, para así poder tratar estos síndromes y prevenir de una manera eficaz para tratar de retrasar su aparición.

## 8. CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio planteado con el análisis e interpretación de los resultados se concluyó que:

Dentro del diagnóstico situacional los adultos mayores del sexo femenino predominó con el 53.70%, en la edad el rango de 65 a 73 años con 48,15%, de escolaridad primaria el 70,37%<sup>46</sup>, ocupación agricultor con el 46.30%, procedencia urbana 77,78% de estado civil viudos con el 38,89, situación económica jubilados el 44,44%, la enfermedad actual existente es la Hipertensión Arterial con el 31,48%.

De los factores de fueron las caídas con el 50,00% tienen problemas visuales, cognitivo el 20,37% presentan demencia, la inmovilidad el 51,85% presentan problemas de equilibrio, incontinencia urinaria el 18,52% tienen incontinencia urinaria.

De las complicaciones que se determinaron fueron en las caídas el 55,56% presentó hematomas, en cognitivo el 24,07% tiene demencia senil, inmovilidad con el 33,33% presenta contracturas musculares, seguido la incontinencia urinaria el 18,52% con úlceras cutáneas.

Fue necesario desarrollar el plan de intervención de enfermería debido a la existencia de los síndromes geriátricos en los adultos mayores enfocado en capacitaciones, talleres, psicoterapia, ejercicios, rehabilitación y visitas domiciliarias con el fin de disminuir los factores que influyen en la aparición temprana de los síndromes geriátricos, previniendo complicaciones y desgaste del estado físico del adulto mayor limitando la participación de las actividades.

## 9. RECOMENDACIONES

Al haber culminado el estudio investigativo la autora sugiere lo siguiente:

Al los Directores del Centro Gerontológico: Se recomienda continuar realizando capacitaciones, al personal encargado del cuidado directo los adultos mayores sobre los síndromes geriátricos y cuidados básico del geriátrico y con la realización de terapias recreativas, ejercicios y rehabilitación logrando una vejez satisfactoria.

A los adultos mayores de Centro Gerontológico y a los que asisten: Utilizar calzado cómodo, cerrado, tener precaución al ir al baño, ducha o cocina, evite los tropiezos y caídas, lograr participar en las actividades diarias que se realizan en el centro, visite al médico y pida por escrito las indicaciones obteniendo una vida saludable y control de las enfermedades.

Al personal que realiza pasantías: Brinden cuidados oportunos y prácticos de los síndromes geriátricos como en las caídas, inmovilidad, deterioro cognitivo y la incontinencia urinaria, para el mejoramiento de los niveles de atención en el adulto mayor.

Al Hospital Básico de Yantzaza: Cumplir con visitas domiciliarias con fines de detención oportuna de las patologías y su tratamiento existentes en los geriátricos, para mejorar la calidad de vida, el bienestar, la participación activa de las personas mayores en el desarrollo de la promoción y el mantenimiento de la salud.

A los familiares: Llevar al adulto mayor al control médico y a las terapias de rehabilitación, involucre con los demás geriátricos para la integridad social en el centro gerontológico, evitando la depresión y ansiedad.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Bailón Pinca, MC. Pilligua Mera, JK (2013). Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos. Centro de Atención del Adulto Mayor Santa Elena. 2012- 2013. Tesis de Grado en Enfermería, Universidad Estatal Península de Santa Elena, pág. 13-18-20
- Beauvoir, S. Edición (2012) Edhasa Barcelona. "La vejez", pág.-45
- Díaz Argón, R. Muñiz, M. Hernández Romero, A. Nuñez León, O. Editorial, (2009) México. La transculturación en el cuidado de enfermería, pág. 23-40
- Enfermedades Infecciosas, Principios y Prácticas, pág. 100- 123
- García Flores- M. Editorial John E. (2006) España, Beneficios derivados de la evaluación de la calidad de enfermería. IV Reunión Nacional de Enfermería, pág. 26-36
- García, H. M., Martínez, S. R. (2012). Enfermería y Envejecimiento. Barcelona: Edita Elsevier Masson.(s/f)
- INEC (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos) en el Año 2009.
- Laforest, J. Edición (1991) Herder Barcelona. "El arte de envejecer", pág.- 102
- Lueckenotte, A. Edición (1992) Madrid "Valoración Geriátrica". Ed. Interamericano., pág.- 24
- Manual de Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Cuidados Paliativos en las personas mayores. Barcelona: Glosa Ediciones 2011, pág. 288
- Marion Moody. Editorial (1993) Madrid. Problema del Paciente y Cuidados de Enfermería. Ancora S.A, pág. 36
- Mendell, Douglas y Bennet. Edición (2011) Editorial: S.A. Elsevier España,
- Millán Calenti, J. C. (2006). Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana
- Pérez del Molino, J. Valencia, MT .Editorial Massón (1994). Síndromes y cuidados del paciente geriátrico, pag.191-209
- Siza Velva, BP. (2015) "Intervención de Enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de

Jesús de Ambato, período septiembre del 2014 a febrero del 2015". Título de Licenciada en Enfermería, Universidad Técnica de Ambato, pág. 22

Vidal, M. T. Edición (1991) Madrid, *Inestabilidad y caídas en Geriatría* pág. 75-81

### Referencias electrónicas

C:/Users/Personal/Downloads/S3505%2013\_II%20(25).pdf

D'Hyver de las Desesa, C. Leónb, T y Gallardo Prietoc, LM (2010). Prevalencia de los síndromes geriátricos. [En línea]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un115b.pdf>

Enfermería en el envejecimiento. Fecha de ingreso 15/19/ 2015 Disponible en: [ocw.unican.es/lapdf/Tema%201%20Conceptos%20Generales.pdf](http://ocw.unican.es/lapdf/Tema%201%20Conceptos%20Generales.pdf)

Envejecimiento y medicina intensiva. [En línea]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569105742881?via=sd>

Fernández, P. Vila, MT. Montero, J. (2002). Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. [En línea]. Disponible en: [https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo2.pdf](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf)

Miguel, JA. Ortiz, HD. (2006). Gerontología, Geriatría y Medicina Interna. [En línea]. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/05\\_Gerontologia.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/05_Gerontologia.pdf)

Ministerio de Salud Pública. Programas del Adulto mayor. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/programas/42-adulto-mayor-/78-datosgenerales-3>. Acceso: Agosto 2015

Montaña Álvarez, M. (2010). Fragilidad y otros síndromes geriátricos. [En línea]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102d.pdf>

Universidad de Antioquia Hamilton Derlgado Argote. (2013). Valoración y Síndromes Geriátricos. [En línea]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/HamiltonDelgado/valoracin-y-sndromes-geriaticos>

Uso de Fármacos en el adulto mayor. [En línea]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/Farmacoterapia.pdf>



## 11. ANEXOS

### Anexo 1. Oficio dirigido a la directora del Centro Gerontológica.

  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
SEDE ZAMORA  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Yantzaza, 04 de septiembre del 2015

Sra.  
Ruth Morocho  
DIRECTORA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL CANTÓN YANTZAZA  
Ciudad

De mi especial consideración.

Es muy grato dirigirme a su distinguida autoridad, para augurar los mejores éxitos en las funciones que viene ejecutando en beneficio de los adultos mayores del Cantón Yantzaza

En vista que me encuentro culminando la carrera de enfermería en la Universidad Nacional de Loja y consciente de su gentileza, me digno a solicitarle de la manera más comedida se me otorgue el permiso para realizar mi trabajo de tesis en esta distinguida institución, cuyo tema es : **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SINDRÓMES GERIÁTRICOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL CANTÓN YANTZAZA.**


Segura de contar con su favorable acogida a la presente, desde ya reciba mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

  
Sra. Marjorie Parra.  
Estudiante Universitario

*Recibido  
05/09/15  
Ruth Morocho*

**Anexo 2.** Oficio solicitando permiso para la realización de las actividades planteadas



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
SEDE ZAMORA  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Yantzaza, 22 de Marza del 2016

Sra.  
Ruth Morocho  
DIRECTORA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL CANTÓN YANTAZA  
Ciudad

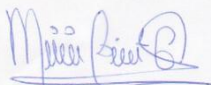
De mi especial consideración.

Por medio del presente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

El motivo de la presente es con la finalidad de solicitar a su autoridad me conceda el permiso respectivo para aplicar las entrevistas y de esta manera poder realizar el desarrollo de la exposición a su vez, el Taller de cuidados básicos del Adulto Mayor y el Ejercicio-Rehabilitación, en el Centro Gerontológico del Cantón Yantzaza, que constará en mi trabajo de investigación cuyo tema es: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SINDRÓMES GERIÁTRICOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL CANTÓN YANTAZA.**

Por la atención dada a la presente, me suscribo con sentimientos de consideración.

Atentamente

  
Sra. Marjorie Parra.  
Estudiante Universitario

*Recibido  
22-04-15  
[Signature]*

## Anexo 3. Encuesta.

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA



## AREA DE SALUD HUMANA

## SEDE ZAMORA

**ENTREVISTA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN YANTZAZA.**

**INSTRUCCIONES:** Conteste con la mayor veracidad las preguntas, marque con una (X) en el casillero de las preguntas con varias alternativas de respuestas.

1. **Cuál es su sexo?**

Masculino

Femenino

2. **Qué edad tiene Usted?**

De 65 a 73

De 80 a 90

Mayor a 91

3. **Escolaridad de Usted?**

Primaria

Secundaria

Ninguna

4. **Que ocupación tiene Usted?**

Quehaceres domésticos

Chofer

Agricultor

Costurera

Comerciante

Artesano


**5. Lugar de Procedencia?**Urbana Rural **6. Estado civil de Usted?**Soltero  Casado Viudo **7. Situación económica?**Jubilados  Apoyo familiar Recibe bono **8. De que enfermedad padece Usted?**Diabetes  Alzheimer Hipertensión Arterial  Artritis Osteoporosis  Neumonía Insuficiencia cardiaca  Ninguna **GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**





## Anexo 5. Material informativo, Hoja volante

(Anverso)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
CARRERA ENFERMERÍA

### CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR

---

**HIGIENE CORPORAL**

Para mantener la piel sana, las principales actividades son su limpieza e hidratación. Estas actividades se deben realizar a diario, tanto en ancianos sanos como en ancianos enfermos.

**DUCHA**


- Debemos asegurarnos de la temperatura del agua para evitar quemaduras o frío excesivo.
- Comenzaremos la ducha desde los pies e iremos subiendo poco a poco.
- Pondremos en la ducha una alfombrilla, tanto dentro como fuera, para evitar caídas. Se recomienda la ducha con asiento.
- Después de la ducha, realizaremos un buen secado corporal y aplicaremos una crema hidratante o aceite de almendras.

**ASEO DEL CABELLO**

- Se debe realizar, como mínimo, una vez a la semana, y dependerá de la actividad del anciano.
- El cuidado del cabello requiere: el peinado, cepillado (que mejora la circulación capilar) y el lavado. Si el anciano no tiene pelo, protegeremos la cabeza cuando salga a la calle, tanto en invierno como en verano.
- No aplicaremos colonia en el pelo canoso, porque lo amarillea.


**BAÑO EN LA CAMA**

- ♦ Realizaremos el lavado por zonas corporales.
- ♦ Utilizaremos jabones neutros y agua templada. Durante el aseo, examinaremos con especial atención la piel, en busca de zonas enrojecidas, ampollas.
- ♦ Prestaremos especial cuidado en los pliegues y en los espacios interdigitales, tanto en el lavado como en el secado.
- ♦ EL aseo de la zona genital se debe realizar desde adelante hacia atrás para evitar infecciones del tracto urinario. En los ancianos, limpiar y secar bien el pliegue del prepucio, ya que es una zona muy sensible a infecciones. Después del baño, aplicar crema hidratante en todo el cuerpo.



**AFEITADO Y DEPILACIÓN**

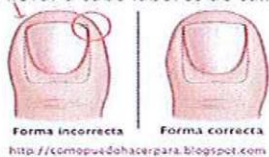
- El afeitado se debe realizar a diario, si es necesario.
- En ancianos con piel sensible o con temblores, si se afeitan, utilizaremos maquinillas eléctricas.
- Aplicaremos lociones después del afeitado. La depilación se realizará siempre que sea necesario, pero debemos utilizar métodos que no produzcan irritación ni quemaduras.



(Reverso)

### CUIDADOS DE LOS PIES

- Los pies de los ancianos a menudo presentan problemas debido a alteraciones circulatorias, deformidades óseas o patologías como la diabetes, por lo que hay que prestarles especial atención.
- Los lavaremos con agua y jabón. Los secaremos con cuidado, sobre todo en la zona interdigital. Los hidrataremos con crema hidratante y, si hay durezas, aplicaremos vaselina.
- Vigilaremos su coloración y aparición de lesiones cutáneas e informaremos a su enfermera si se producen.
- Cuidaremos las uñas: se deben cortar rectas o limar y, mejor, hacerlo después del baño, pero nunca intentaremos llevar a cabo labores de callista.

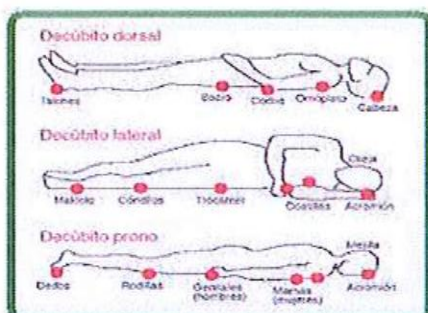


### CUIDADOS DE LOS OJOS

Limpiaremos los ojos con una gasa estéril, impregnada con suero fisiológico, comenzando desde el lagrimal al ángulo externo retirando secreciones

### POSICIONES PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

rando secreciones



### CUIDADOS DE LA BOCA

- Estos cuidados deben realizarse después de cada comida o siempre que sea necesario.
- Los ancianos independientes, que realicen solos la higiene bucal, deben utilizar cepillos suaves y pasta dental con flúor, que previene las caries. A los ancianos dependientes, mezclaremos en un vaso antiséptico bucal y agua, a partes iguales, y lo aplicaremos con una gasa sobre la lengua de un lado a otro, para no provocar náuseas; limpiaremos el paladar, los laterales de la boca y las encías. Si el anciano es portador de prótesis dental, retirarla durante el sueño (en la imagen vemos forma de retirar la dentadura).
- Hidrataremos los labios con vaselina o cacao.

### OIDOS Y NARIS

- Limpiaremos el pabellón auditivo con agua y jabón, intentando que el jabón no entre dentro del oído, puesto que puede producir irritación y picor.
- Mantendremos siempre sin mucosidad las fosas nasales; podemos emplear suero fisiológico para deshacer la mucosidad sólida.

### VESTIMENTA DEL ANCIANO


- La ropa debe ser amplia y cómoda, respetando sus gustos.
- Debe estar limpia y bien cuidada. Hay que evitar riesgos, la ropa sintética es muy inflamable.
- El anciano, habitualmente, tiene menos calorías que los jóvenes y por lo tanto requiere más abrigo, sin caer en el exceso.
- Utilizar zapato cerrado, evitará posibles caídas. Utilizar ropas con cierres fáciles e intentaremos que el anciano se vista y se desnude sin ayuda.

Elaborado por : Marjorie Parra.



**Síndrome de Deterioro Cognitivo**

ES la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información (VPI), que se produce con el envejecimiento.



**Causas del Deterioro Cognitivo**

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedades cardiovasculares
- Alcoholismo y Tabaquismo

**Recomendaciones para evitar los síndromes geriátricos**

- Cambios de estilo de vida para lograr una vejez óptima, con capacidades funcionales.
- Brindar conocimientos para la adquisición de nuevas aptitudes ante la vida.
- Realizar actividades físicas para evitar la discapacidad física.
- Realizar actividades recreativas y sociales para evitar la depresión y el aislamiento.
- Identificar enfermedades ocultas para prevenir su progreso.
- Rehabilitación del anciano para reincorporarlo a la sociedad.
- Cuartos iluminados, y
- Consumir frutas, cereales y legumbres.
- Se recomienda distribuir los muebles y otros elementos de tal modo que causen el mínimo estorbo posible, en especial en los lugares de mayor circulación como puertas y pasillos.
- Si el adulto mayor presenta fallas a la vista, los escalones deberán hacerse más visibles mediante una franja blanca pintada en el borde de cada escalón. Si son resbaladizos, se podrán cubrir con una pintura segura.

*los ancianos son mas q una hermosura en la vida y una dulzura en su vivir ámalos respétalos y cuidalos ellos son el mas grande tesoro que se puede ver.*



**SÍNDROMES GERIÁTRICOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**A mayor edad existe el riesgo de sufrir discapacidades y dependencia.**

Autora: Marjorie Parra.



**INTRODUCCIÓN**

Los síndromes geriátricos pueden ser manifestaciones de una o diversas patologías que frecuentemente se entrelazan, producen por su interrelación una gran cantidad de morbilidad, deterioro de la autonomía y llegan a producir la muerte. Por su frecuente presentación y las consecuencias de las mismas a nivel personal, familiar y social, deben de tenerse en mente, ya que traducen el estado actual del paciente y su pronóstico.

**QUE SON LOS SINDRÓMES GERIÁTRICOS.**



Son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población.

Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades.

**Geriátricos**

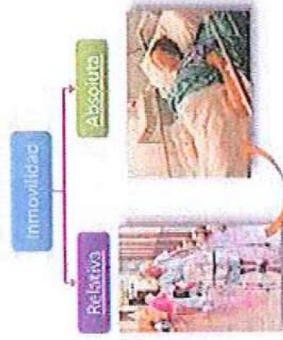
Los grandes síndromes geriátricos, también conocidos como los 4 gigantes de la Geriatria, son:

- Inmovilidad,
- Inestabilidad-caídas,
- Incontinencia urinaria y
- deterioro cognitivo.

**Síndrome de Inmovilidad**

Disminución de la capacidad para desempeñar actividades de autocuidado y de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Hay 2 tipos de inmovilidad:



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



**Causas de las Caídas**

- Inestabilidad
- Alteraciones visuales y auditivas,
- Enfermedades crónicas y aguda.

**Síndrome de Incontinencia Urinaria**

Consiste en la pérdida involuntaria de orina. El afectado tiene una necesidad imperiosa y repentina de orinar pero es incapaz de retener la orina.


**Causas**

Problemas o daños neurológicos, por una alteración del esfínter externo y de los músculos del suelo pélvico.

## Anexo 7. Firmas de Asistentes

## Nómina de Asistencia a la exposición

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA ENFERMERÍA




EXPOCION REALIZADA DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	N° CÉDULA	FIRMA
01	Colón Bermeo MACIAS	73	110787744	<i>Carlos Bermeo</i>
02	Digna Martha Renteria Jimenez	64	1900136167	<i>Martha Renteria</i>
03	Luis Alfredo Chamba Chavez	72	1100197192	<i>Luis</i>
04	Rosa Mariana Jimenez	83	1100502275	<i>Rosa Mariana Jimenez</i>
05	Rosa Angelica Ayala Armijos	72	1101817383	<i>Rosa A. Ayala</i>
06	Gloria Maria Vega Vega	83	070073732	<i>Gloria V Vega</i>
07	Maria Josefina Martinez Gomez	88	1900047372	<i>Maria Josefina</i>
08	Segundo Gabriel Herrera	86	1101163838	<i>Segundo G Herrera</i>
09	Ladislao Dorinda Naranjo	79	1900038827	<i>Dorinda Naranjo</i>
10	Martha Maria Perez Calvo	80	1100381209	<i>Martha Perez</i>
11	Luz Filomena Abrigo Jaramillo	81	110821387	<i>Luz Filomena</i>
12	Maria Vicenta Yaguana Acero	68	1162758944	<i>Maria Vicenta</i>
13	Segundo Domingo Castillo Herrera	78	1900115989	<i>Segundo Domingo</i>
14	Hortensia Maria Hurtado Zuniga	74	1900106194	<i>Hortensia M Hurtado</i>
15	Luis Angel Ontaneda Montero		1100507712	<i>Luis Angel</i>
16	Orlando Cueva Pardo	82	1900583038	<i>Orlando Cueva</i>



17	Alipio Ocampo Jimenez	70	1900257677	Alipio Jimenez
18	Celso de Jesús Ferrero	92	1103887304	Celso Ferrero
19	Delfino Eulón Medina	67	1101296794	Delfino Medina
20	Mariano Florentino Franco Eranob	70	1102527841	Mariano Franco
21	Lucrecia Narvaez Soranzo	84	1100505898	Lucrecia Narvaez
22	Angel Salomón Ortega Serrano	80	1104572480	Angel Ortega
23	Carmen Lucmila Serrano Ortega	76	1900543281	Carmen Serrano
24	Lucmila Ortega Rodríguez	84	1900043652	Lucmila Ortega
25	Melida Durzoda P	82	1400056771	Melida Durzoda P
26	Angel Morales (Morales)	82	1900506244	Angel Morales
27	Ilda Sánchez	88	1900228105	Ilda Sánchez
28	Tereza Ruiz	69	1101170332	Tereza Ruiz
29	Donisio Herrera	69	1101165379	Donisio Herrera
30	Maria Rosalia Eulón	79	1900427190	Maria Rosalia Eulón
31	Alfredo Goachizaca	71	1100327010	Alfredo Goachizaca
32	Pacifico Salazar	102	1900362891	Pacifico Salazar
33	Maria Geltrudis Vasquez	92	19000	Maria Geltrudis Vasquez
34	Gonzalo Urzuega	74	1900532270	Gonzalo Urzuega
35	Maria Angelita Sanchez	92	1900117190	Maria Angelita Sanchez
36	María Mercedes Guatah	73	1900013575	María Mercedes Guatah
37	Jorge Amado Rosales Reyes	82	1101516391	Jorge Amado Rosales Reyes

38	Rosalina Pineda F	88	7702354091	Rosalina Pineda
39	Manuel Luis Lajas	71	1100324516	Manuel Lajas
40	Maria Mulma Amijos	80	1900022450	Maria Mulma Amijos
41	Juana Valvira Castro	75	1900107390	Juana Valvira Castro
42	Angel María Lavanda	82	1900012582	Angel María Lavanda
43	Gloria Gueva Masache	70	1900552271	Gloria Gueva
44	Manuel Jimenez Torres	90	1100107321	Manuel Jimenez
45	Juan José Caona Salinas	79	190017350	Juan José Caona
46	Piedad Victoria Parra	80	190002171143	Piedad Victoria Parra
47	Melva Camacho Herrera	75	1900105128	Melva Camacho
48	Nicolas Loaiza Reyes	79	1900127395	Nicolas Loaiza
49	Luis Miguel Chamba Guea	89	190001528955	Luis Miguel Chamba
50	Viviana Reyes Reyes	75	1101723456	Viviana Reyes
51	Pedro Agenor Zuquimawla	68	1900112365	Pedro Zuquimawla
52	Manuel Sánchez Sánchez	79	0110759015	Manuel Sánchez
53	Rosario Salazar Luegada	85	1900117346	Rosario Salazar

  
 Marjorie Parra  
 RESPONSABLE

### Anexo 8. Nómina de Atención Médica

Atención Médica a los Adultos mayores del Cantón Yantzaza.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA ENFERMERÍA




VISITA DOMICILIARIA

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	N°CÉDULA	FIRMA	OBSERVACIÓN
Carmen Dolores Tacari Arrobo	86	1900161165		Fibrosis Polmonar Inmovilidad y caída Control mensual
Maria Rosario Ocampo	74	1100124502		Diabetes Mellitus II complicada control mensual Inmovilidad Deficiencia Cognitiva
Elías Alejandro Ocampo Carrion	80	1100300217		Sobrepeso Control mensual Calda.
Martha Leon	82	1101723810		Hipertensión Arterial Inmovilidad Control mensual
Jose Antoliano Rivera Ruiz	79	1900134219		Diabetes Tipo II Osteoporosis Control Médico Fisioterapia
Leuro Alarcos Granda	67	1100348109		Control Mensual Sobrepeso Inmovilidad
Kleiver Daniel Arrobo Arrobo	77	1100627198		Control Mensual Deficiencia Cognitiva Alzheimer
Jaime Rinaldo Cabrera Masache	90	1900237041		Atrofia muscular Fisioterapia Control mensual

Marjorie Parra

RESPONSABLE

**Anexo 9. Certificación de las visitas domiciliarias a los Adultos Mayores.**

	
Ministerio de Salud Pública	
<b>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b>	
<b>DIRECCION DISTRITAL 19D04 EL PANGUI-YANTZAZA-SALUD</b>	
Dr. Jorge Angamarca	
<b>MÉDICO GENERAL DEL DISTRITO 19D04 EL PANGUI-YANTZAZA-SALUD</b>	
A petición de la parte interesada,	
<b>CERTIFICO:</b>	
La Srta. Estudiante Marjorie Indira Parra Guaicha, estudiante de la carrera de Enfermería del a Universidad Nacional del Loja, ha realizado las visitas domiciliarias los días 11 y 12 de Abril del 2016, a los adultos mayores del Cantón Yantzaza, dando Atención Médica individualizada a cada geriátrico, conjuntamente con mi persona. Con la finalidad de brindar pautas, recomendaciones y entrega de Trípticos a las personas de la tercera edad y a los cuidadores.	
Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad que la interesada haga uso en lo que estime conveniente.	
Lo certifico.	
Atentamente,	
	
Dr. Jorge R. Angamarca M MÉDICO GENERAL MSP: L:39 F:14 N41 HBZ035 INSPI 11-08-00661-1	
Dr. Jorge Angamarca M.	
<b>MEDICO GENERAL</b>	

DIRECCION DISTRITAL 19D04  
EL PANGUI-YANTZAZA-SALUD  
DIRECCION



**Anexo 10.** Certificado del desarrollo de las actividades realizadas en el Centro gerontológico de Yantzaza.

**Asociación Femenina Pro - Desarrollo de Yantzaza**  
**A.F.P.R.O.D.Y.**  
Acuerdo Ministerial N° 00708 del 03 de Abril de 1991  
**Hogar de Ancianos del Cantón Yantzaza**  
Yantzaza - Zamora Ch. - Ecuador


Yantzaza, 11 de Abril del 2016.


La señora Ruth Beatriz Morocho Espinosa, con cedula de ciudadanía N° 1900261858, Presidenta de la Asociación Femenina Pro Desarrollo de Yantzaza **AFPRODY**.


**CERTIFICA:**

Que la señora Marjorie Indira Parra Guaicha, con cédula de ciudadanía N° 1900590827, realizó el desarrollo de la exposición, taller de cuidados básicos del Adulto Mayor y el Ejercicio-Rehabilitación en el Centro Gerontológico-Hogar de Ancianos de Yantzaza.

Es todo cuanto puedo certificar en honor la verdad.

  
Sra. Ruth Beatriz Morocho Espinosa  
**PRESIDENTA AFPRODY**





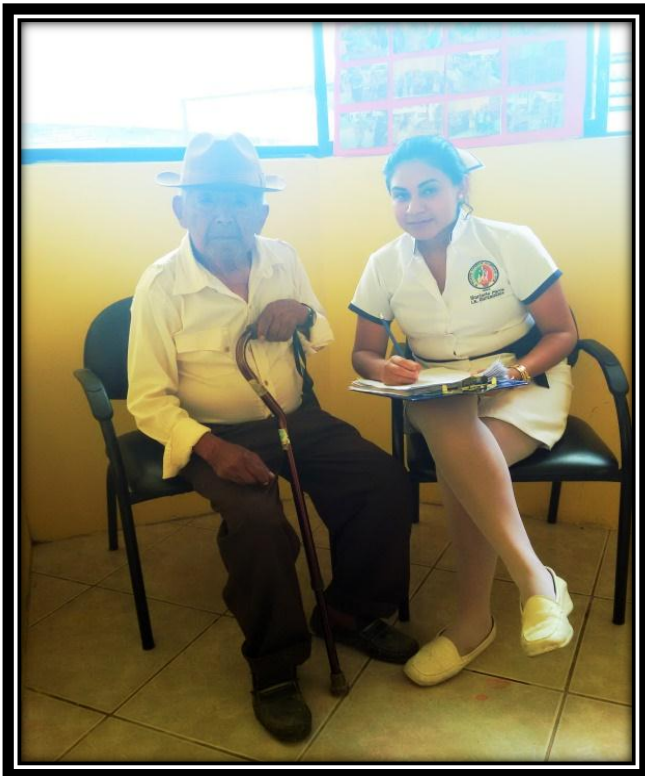
Dirección: Calle Girasoles y Velasco Ibarra  
Teléfono: 2324068  
E-mail: hogarancianos-yantzaza@hotmail.com

## Anexos 11. Evidencias Fotográficas

### Centro Gerontológico



### Aplicación de Entrevistas

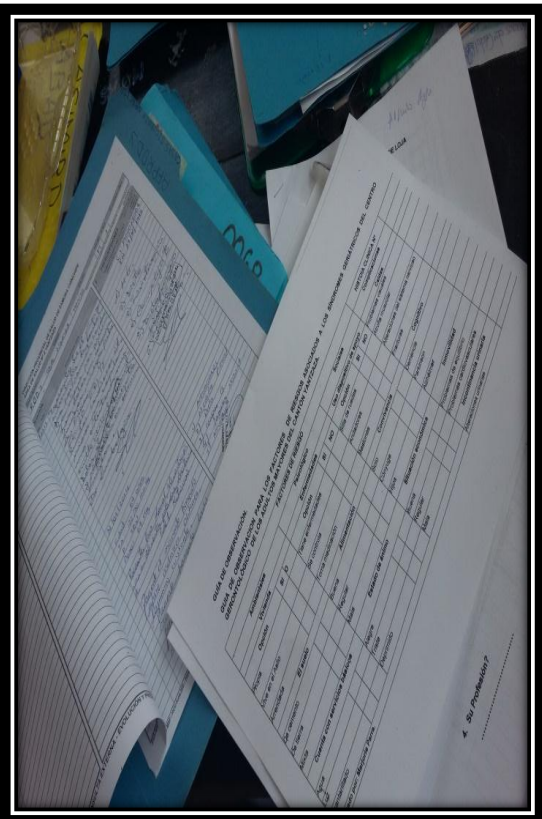




Recolección de información a los adultos mayores



Constancia del historial clínico





Revisión de carpetas de los adultos mayores para completar la guía de observación.



Desarrollo de la Capacitación de los síndromes geriátricos



Exposición a los adultos mayores, personal de la institución



Adulto Mayor y personal del centro gerontológico asistente a la exposición.





Despejando dudas de los participantes sobre los síndromes geriátricos



Entrega del tríptico de los síndromes geriátricos





Presentación conjunta con la coordinadora, secretaria del centro gerontológico y mi persona.





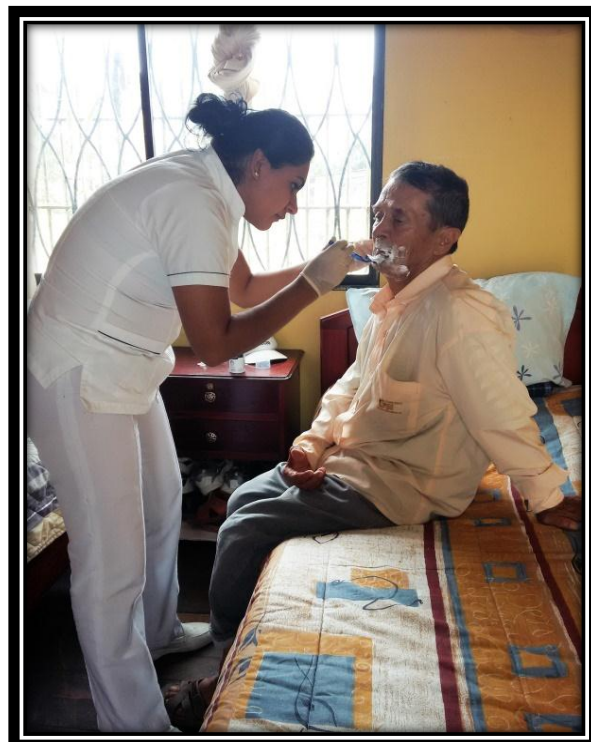
Desarrollo del taller cuidado básico a los adultos mayores



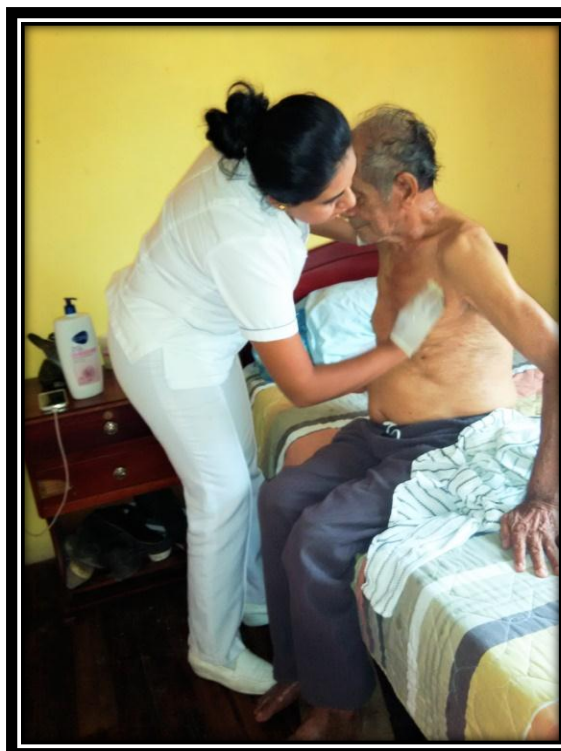
Taller demostrativo, colaboracion de un adulto mayor



## Práctica de la Higiene y cuidados diarios del Adulto Mayor



Realizando un baño de esponja y lavado de pies





Enseñando el beneficio del aseo dental diario y la importancia del cuidado de la placa dental



Entrega de la hoja volante sobre los cuidados básicos del adulto mayor al personal de auxiliar de enfermería.



## Psicoterapia en el Adulto Mayor





Se realizó adivinanzas, con su respectivo incentivo, también se hizo mencionar palabras con diferentes letras mediante un globo pasandose uno por uno.



Constancia de asistencia a los participantes de la actividad





Estimulación de ejercicios a los adultos mayores



Estimulación de aplausos y bailoterapia se realizó con los adultos mayores



## Manualidades que realizan los Adultos Mayores



### Indicaciones sobre la actividad realizada







Entrega de refrigerio





Los adultos mayores degustando de su refrigerio agradeciendo con una sonrisa.





## Terapias de Rehabilitación



Realización de masajes a nivel corporal, facial y extremidades que requieren de la rehabilitación logrando una relajación y la disminución de dolencias.



## Visita Domiciliaria

Atención médica brindada por el profesional de la Salud y mi persona



Toma de la presión arterial





### Entrega del tríptico de los síndromes geriátricos



### Toma de la glicemia en el adulto mayor







Constancia de los signos vitales ya que estos geriatricos sufren enfermedades como la Hiertension arterial, Deabetes y fibrosis pulmonar



**ÍNDICE**

PORTADA	I
CERTIFICACION DEL DIRECTOR	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
2.1 SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	8
5. MATERIALES Y MÉTODOS	45
6. RESULTADOS	50
7. DISCUSIÓN	68
8. CONCLUSIONES	71
9. RECOMENDACIONES	72
10. BIBLIOGRAFÍA	73
11. ANEXOS	75
ÍNDICE	108