UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Enfermería

TÍTULO

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Imelda Noemi Peña Conde

DIRECTORA:

Lic. Dolores Magdalena Villacís Cobos, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Lic. Dolores Magdalena Villacís Cobos, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la Tesis titulada: **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA,** autoría de la Srta. Imelda Noemi Peña Conde, previa la obtención del Título de Licenciada en Enfermería, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Loja, 06 de Abril del 2017

Magdalena Villacís de S

.....

Lic. Dolores Magdalena Villacís Cobos, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Imelda Noemi Peña Conde,** declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA,** 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: Imelda Noemi Peña Conde

Firma: .....

Cedula: 1717297228

Fecha: 06 de abril de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Imelda Noemi Peña Conde, declaro ser autora de la tesis titulada: **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA,** como requisito para optar al grado de Licenciatura 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 RDI. En las redes de información del país y del 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 constancia de esta autorización; en la ciudad de Loja, a los seis días del mes de abril del dos mil diecisiete, firma de la autora.

Firma: .....

Autora: Imelda Noemi Peña Conde

Cedula: 1717297228

Direccion: Urbanización Rio Blanco 16-B

Correo electrónico: noemipenaconde@gmail.com

Telefono: 0991703449

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Dolores Magdalena Villacís Cobos, Mg.Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL: Lic. Estrellita Arciniegas Gutiérrez, Mg.Sc.

MIEMBRO: Lic. María del Cisne Agurto Erique, Mg. Sc.

MIEMBRO: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios y a mi Virgencita del Cisne, quienes supieron guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñandome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad y no desfallecer en el intento.

A mi padre , a pesar de nuestra distancia fisica, siento que estas conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, se que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mi. A mi madre por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme ante cualquier situación.

A mi amado esposo Edwin Castro por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos tenido momentos dificiles siempre ha estado ahí brindandome su comprension, cariño, y amor.

Con mucho amor a mis hijos Josue y Nagore por ser mi fuente de motivacion e inspiracion para poder superarme cada dia más y asi poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados , quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrias y tristezas durante estos 4 años que estuvieron a mi lado apoyandome y logrando que mi sueño se haga realidad.

AGRADECIMENTO

Dar gracias a mi Dios por permitirme estudiar esta carrera y darme los dones de la sabiduria, el entendimiento y fortaleza espiritual necesaria para la realización de este trabajo.

Gracias a mis suegros Wilman y Carmen, quienes nunca dudaron de mi y me brindaron su apoyo incondicional.

A mis hermanos y hermanas quienes con su apoyo y palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre fuera perseverante y cumpla con mi meta.

De la misma manera a mi directora Lic. Magdalena Villacis, Mag.Sc. por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento cientifico, asi como tambien por haberme tenido toda la paciencia del mumdo, para guiarme durante todo el desarrollo de mi tesis.

Infinitas gracias a todos los docentes que fueron un ejemplo y compartieron sus conocimientos, experiencias, tiempo y dedicación durante estos 4 años de fomación académica.

Mi agradeciemineto tambien va dirigido a los directivos del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo, por la apertura necesaria, puesto que sin su colaboración no hubiera sido posible realizar la presente investigación.

Gracias infinitas de corazón.

ÍNDICE

CARÁTULA…… i
CERTIFICACIÓN…….. ii
AUTORÍA…… iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN……... iv
DEDICATORIA…… v
AGRADECIMIENTO…….. vi
ÍNDICE……. vii
1. TÍTULO……... 1
2. RESUMEN……. 2
SUMMARY……..... 3
3. INTRODUCCIÓN…… 4
4. REVISIÓN LITERARIA…….…… 6
4.1. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA DEL ADULTO MAYOR…… 6
4.1.1 Características definitorias…….. 7
4.1.2 Factores relacionados……...7
4.1.3 Factores de riesgo……7
4.2 TIPOS DE DIAGNÓSTICOS……7
4.2.1. Diagnóstico Enfermero Real.....7
4.2.2. Diagnóstico de salud o bienestar……..... 8
4.2.3. Diagnóstico potencial o de riesgo……..…… 8
4.3. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD……. 9
4.3.1 DOMINIO 1. MANEJO DE LA SALUD…….9
4.3.1.1 Clase 1. Toma de conciencia de la salud……... 9
4.3.1.2 Clase 2. Gestión de la salud……...… 9
4.3.2 Dominio 2. Nutricional-metabólico……...…… 10
4.3.2.1 Clase 1. Indigestión……..…… 10
4.3.2.2 Clase 2. Digestión……..... 11
4.3.2.3 Clase 3. Absorción…….….. 11
4.3.2.4 Clase 4. Metabolismo…….. 11
4.3.2.5 Clase 5. Hidratación…… 11
4.3.3 Dominio 3. Eliminación e intercambio……...……12
4.3.3.1 Clase 1. Función urinaria…… 12
4.3.3.2 Clase 2. Función gastrointestinal…… 13

4.3.3.3 Clase 3. Función tegumentaria…….. 13
4.3.3.4 Clase 4. Función respiratoria…….. 13
4.3.4 Dominio 4. Actividad y reposo…….….. 13
4.3.4.1 Clase 1. Sueño y reposo…….…13
4.3.4.2 Clase 2. Actividad y ejercicio…….…… 14
4.3.4.3. Clase 3. Equilibrio de la energía……..... 15
4.3.4.4 Clase 4. Respuesta cardiovascular y pulmonar…….....15
4.3.4.5 Clase 5. Autocuidado…… 16
4.3.5 Dominio 5. Cognitivo perceptivo……..…….…..... 17
4.3.5.1 Clase 1. Atención……17
4.3.5.2 Clase 2. Orientación……...…..17
4.3.5.3 Clase 3. Sensación y percepción……..…....17
4.3.5.4 Clase 4. Cognición……..…....17
4.3.5.5 Clase 5. Comunicación…….. 18
4.3.6 Dominio 6. Autopercepción……...…….……..…….18
4.3.6.1 Clase 1. Autoconcepto……. 18
4.3.6.2 Clase 2. Autoestima…….. 19
4.3.6.3 Clase 3. Imagen corporal…….….. 19
4.3.7 Dominio 7. Rol relaciones..……..…. 19
4.3.7.1 Clase 1. Roles del cuidador……... 19
4.3.8 Dominio 8. Sexualidad…….…….....… 19
4.3.8.1 Clase 1. Identidad sexual……... 19
4.3.8.2 Clase 2. Función sexual…….. 20
4.3.8.3 Clase 3. Reproducción……... 20
4.3.9 Dominio 9. afrontamiento y tolerancia al estrés……20
4.3.9.1 Clase 1. Respuestas postraumáticas……...20
4.3.9.2 Clase 2. Respuestas de afrontamiento…….. 20
4.3.9.3 Clase 3. Estrés neurocomportamental……23
4.3.10 Dominio 10. Principios vitales…….…….……....23
4.3.10.1 Clase 1. Valores…….…23
4.3.10.2 Clase 2. Congruencia entre valores, creencias y acciones……..……23
4.3.11 Dominio 11. Seguridad y protección…….…….. 24
4.3.11.1 Clase 1. Infección…….….. 24
4.3.11.2 Clase 2. Lesión física……... 24

4.3.11.3 Clase 3. Violencia……..……..… 26
4.3.11.4 Clase 4. Peligros del entorno…..……..... 26
4.3.11.5 Clase 6. Termorregulación…….…….....27
4.3.12 Dominio 12. Confort…… 27
4.3.12.1 Clase 1. Confort físico……..... 27
4.3.12.2 Clase 2. Confort social…….28
4.4. ADULTO MAYOR…….……..….. 28
5. METODOLOGÍA…….……..... 41
6. RESULTADOS……..…… 43
7. DISCUSIÓN…….…. 46
8. CONCLUSIONES……..... 48
9. RECOMENDACIONES…… 49
10. BIBLIOGRAFÍA……..…… 50
11. ANEXOS……..…… 54

1. TÍTULO

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA.

2. RESUMEN

La etapa del adulto mayor se considera como la última de la vida, conlleva a la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse al medio ambiente, comprende un conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, también involucra aspectos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en las etapas avanzadas de la vida. La disminución de capacidad en la reserva funcional es la principal característica del proceso fisiológico de envejecimiento que sufre el ser humano y que se hace evidente en los momentos en que se necesita. El propósito de la presente investigación fué determinar los diagnósticos enfermeros frecuentes en el adulto mayor. Es una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional, en el estudio participaron 80 adultos mayores. La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la guía de los patrones funcionales de salud de Marjury Gordon, identificando al patrón de eliminación es el más afectado, con una frecuencia de 13% seguido del cognitivo-perceptivo con 7.5% con un 8.75% se ubica manejo-percepción de la salud y un 7.5% autopercepción–autoconcepto, Los diagnósticos enfermeros más frecuentes se encuentran el Deterioro de la memoria, que afecta al, 33.75%, continuo de Deterioro de la eliminación urinaria presente en el 18.5% con el 15% el diagnostico Desesperanza, y en último lugar Desequilibrio nutricional con 13.75%.

Palabras claves. Adulto mayor, Patrones funcionales, Diagnósticos enfermeros, Calidad de vida.

SUMMARY

The stage of the elderly people is considered as the last stage of the life, it leads to the loss of the organism ability to adapt itself to the environment, it includes a set of biologic, psychologic, and social processes related to the life after the mature age, it also involves previous pathological aspects, psychological earns (experience) and social earns (active aging) in the advanced stages of life. The decrease of the functional backup ability is the principal characteristic of the aging physiological process that the human being suffers and it is evident in the moments that it is necessary. The purpose of the current research was to determine the frequently nursing diagnoses in the elderly people. It is a quantitative, descriptive, cross-sectional and observational research, 80 elderly people participated in the study. The technique used for the collection of data was the Marjury Gordon guide of functional health patterns, identifying the pattern of elimination as the most affected, with a frequency of 13% followed by the cognitive-perceptive with 7.5% with an 8.75% is placed the health management-perception and a 7.5% auto perception - auto concept, The most frequent nursing diagnoses are the memory impairment, that affects the, 33.75%, followed by the impairment of urinary elimination present in the 18.5% with the 15% the hopelessness diagnosis and the last is the nutritional imbalance with 13.75%.

Key words: elderly people, functional patterns, nursing diagnoses, life quality.

3. INTRODUCCIÓN

El diagnóstico enfermero es el juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad (NANDA, 2012).

El Adulto Mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, en el que se supone que los proyectos personales en su mayoría se han consumado, haciendo posible disfrutar de lo que queda de su existencia con mayor tranquilidad (Piña, J. 2011).

La senectud, además de ser un progresivo deterioro de la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

El aumento en la esperanza de vida no significa que la calidad de vida del adulto mayor será mejor, sino que sucederá lo contrario. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de adultos mayores que no podrán valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo; al ser más larga la etapa de la vejez, los adultos mayores de edad muy avanzada perderán su capacidad de vivir independientemente como resultado de problemas físicos, mentales, fragilidad y limitación en su movilidad (OMS, 2012).

En la actualidad la pirámide poblacional mundial está atravesando un cambio profundo, el aumento de la esperanza de vida, junto con la reducción de la tasa de fecundidad y mortalidad son factores que han impulsado el aumento del número de adultos mayores (Peña, N. 2016).

En la ciudad de Jaen España en un estudio en los adultos mayores que fueron dados de alta hospitalaria se obtuvieron los siguientes diagnósticos enfermeros: Deterioro de la

movilidad 50.3%, Ansiedad 50.3%, Riesgo de caídas 43.0%, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 36.4%, Intolerancia a la actividad 34.4%, Riesgo de estreñimiento 31.8%, Conocimiento deficientes 21.2%. Concluyendo que los resultados obtenidos se deben principalmente a aspectos fisiológicos, conductuales y de seguridad, que responden a una visión biomédica, propia de los servicios hospitalarios, que no puede concordar con la realidad del paciente (Villarejo, L., & Pancorbo, P. 2011).

Los diagnósticos enfermeros reales que se presentan en mayor porcentaje en un estudio ejecutado en el Centro de Salud de Monsefu, Patapo- Perú, son: gestión ineficaz de su salud, deterioro de la dentición, trastornos de la percepción, riesgo a deterioro de la integridad cutánea, riesgo a lesión. El mismo que concluyen que este estudio se justifica, frente a la necesidad de brindar un cuidado enfermero holístico a la población adulta mayor no hospitalizada, que requiere de los servicios de los profesionales de enfermería, ya que se enfoca en identificar las respuestas humanas no sólo en los aspectos fisiológicos, sino también psicológicos, sociales y espirituales que se modifican con el proceso de envejecimiento (Fanning, M., & Vásquez, M. 2014).

Los objetivos de la presente investigación fué determinar los diagnósticos enfermeros frecuentes en el adulto mayor del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo y como objetivos específicos; Establecer la edad y sexo de los adultos mayores que acuden al centro, Señalar los patrones funcionales de salud afectados con mayor frecuencia, Identificar los diagnósticos enfermeros y Proporcionar la información obtenida a las Autoridades del Centro de Acción Social.

Las limitaciones que se encontró en el desarrollo de la presente tesis estuvo relacionada con las alteraciones neurocognitivas existentes en el adulto mayor tales como: disminución de la visión e hipoacusia.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA DEL ADULTO MAYOR.

"Existen numerosas definiciones sobre el concepto de diagnóstico de enfermería, habiéndose profundizado en su significado desde su utilización por primera vez por Florence Nightingale en 1857, durante la guerra de Crimea.

En los últimos años la NANDA ha promovido un lenguaje universal para que todos los profesionales de enfermería puedan desarrollar, mejorar y promover su terminología, la misma que se ve reflejada con precisión en el juicio clínico para mejorar la práctica.

La implementación de los diagnósticos mejora cada uno de los aspectos de la práctica enfermera, desde cosechar el respeto profesional a asegurar una documentación consistente que garantice la representación del juicio clínico profesional de las enfermeras y la documentación precisa que facilite el reembolso económico. NANDA existe con la finalidad de desarrollar, refinar y promover una terminología que refleje de forma precisa los juicios clínicos de las enfermeras.

La taxonomía NANDA es la práctica y ciencia de la categorización y la clasificación en la que incluye 235 diagnósticos enfermeros que están agrupados en 13 patrones o categorías de practica enfermera: manejo y percepción de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, de actividad y ejercicio, reposo y sueño, cognitivo - perceptivo, autopercepción - autoconcepto, rol relaciones, sexualidad - reproducción, afrontamiento tolerancia al estrés, valores y creencias,

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud en el proceso vital o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona familia, grupo o comunidad.

Un diagnóstico enfermero contiene típicamente dos partes:

- Descriptor o modificador.
- Foco del diagnóstico o concepto clave del mismo.

Cada diagnostico posee una etiqueta y una definición clara además de indicadores diagnósticos los cuales incluyen:

4.1.1. Características definitorias._ son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico una valoración que identifica la presencia de un determinado número de características que apoyan la precisión del diagnóstico enfermero. (Ejemplo signos y síntomas).

4.1.2. Factores relacionados._ son un componente integral de todos los diagnostico enfermeros focalizados en el problema al mismo tiempo son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnostico enfermero. Los factores relacionados se hallan frecuentemente en la revisión de la historia del paciente, siempre que sea posible las intervenciones enfermeras deberán dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero.

4.1.3. Factores de riesgo._ son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable.

4.2. TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

4.2.1. Diagnóstico enfermero real.- Describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado

por características definitorias (signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves.

4.2.2. Diagnóstico de salud o bienestar: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, la familia o la comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Se formulan en una sola parte: etiqueta diagnóstica (problema).

4.2.3. Diagnóstico potencial o de riesgo: Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables. La formulación es este caso sólo consta de dos partes: problema y causa. Al formular el diagnostico debe incluirse la palabra riesgo de.

Dentro del uso de los diagnósticos enfermeros esta la descripción de los fundamentos, aunque está dirigida principalmente a estudiantes de enfermería y enfermeras que se inician en el aprendizaje de los diagnósticos, puede beneficiar a todas las enfermeras, ya que destaca aspectos críticos en el uso de los diagnósticos y proporciona ejemplos de áreas en las que se puede producir un diagnóstico poco preciso.

Un área necesita continuo énfasis, por ejemplo, es el proceso de relacionar el conocimiento de los conceptos enfermeros subyacentes con la valoración y finalmente con el diagnóstico enfermero.

La comprensión de la enfermera de los conceptos clave dirige tanto al proceso como a la interpretación de los datos de la valoración.

Al representar el conocimiento de la ciencia enfermera, la taxonomía proporciona la estructura para un lenguaje estandarizado con el que comunicar los diagnósticos enfermeros usando la terminología NANDA.

El uso de los diagnósticos enfermeros ayuda con la interacción entre pacientes y familias en lo que respecta al cuidado implicándose en el mismo.

4.3. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.

Los patrones probablemente alterados en el adulto mayor corresponden a:

4.3.1. DOMINIO 1. MANEJO DE LA SALUD

4.3.1.1. Clase 1. Toma de conciencia de la salud.

Diagnósticos:

00097 Déficit de actividades recreativas._ Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.

00168 Estilo de vida sedentario._ Informe sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

4.3.1.2. Clase 2. Gestión de la salud.

Diagnósticos:

00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud._ Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud

00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud._ Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la

enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

00078 Gestión ineficaz de la salud._ Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

00079 Incumplimiento._ Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o la comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordada, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud._ Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

00043 Protección ineficaz._ Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.

4.3.2. DOMINIO 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO.

4.3.2.1. Clase 1. Indigestión.

Diagnósticos:

00103 Deterioro de la deglución._ Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

00163 Disposición para mejorar la nutrición._ Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado.

00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales._ Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

00232 Obesidad.

00233 Sobrepeso.

00234 Riesgo de sobrepeso.

4.3.2.2. Clase 2. Digestión.

Actividades fiscas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y la asimilación (no hay diagnostico por el momento).

4.3.2.3. Clase 3. Absorción.

A acción de transportar los nutrientes a los tejidos corporales (no hay diagnóstico por el momento).

4.3.2.4. Clase 4. Metabolismo.

Diagnósticos:

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática._ Riesgo de disminución de la función hepática que puede comprometer la salud.

00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable._ Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa /azúcar en sangre.

4.3.2.5. Clase 5. Hidratación.

Diagnósticos:

00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico._ Riesgo de cambio en el nivel de electrólitos séricos que puede comprometer la salud.

00027 Déficit de volumen de líquidos._ Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular

00026 Exceso de volumen de líquidos._ Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

4.3.3. DOMINIO 3. ELIMINACIÒN E INTERCAMBIO.

4.3.3.1. Clase 1. Función urinaria.

Diagnósticos:

00016 Deterioro de la eliminación urinaria._ Disfunción de la eliminación urinaria._ Patrón de la función urinaria que es suficiente para satisfacer las necesidades de eliminación y puede ser reforzado.

00020 Incontinencia urinaria funcional._ Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.

00176 Incontinencia urinaria por rebosamiento._ Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobre distensión de la vejiga.

0018 Incontinencia urinaria refleja._ Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.

0019 Incontinencia urinaria de urgencia._ Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

00022 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia._ Riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina asociada a una sensación súbita e intensa de urgencia de orinar

00023 Retención urinaria._ Vaciado incompleto de la vejiga.

4.3.3.2. Clase 2. Función gastrointestinal

Diagnósticos:

00013 Diarrea._ Eliminación de heces líquidas, no formadas.

00011 Estreñimiento._ Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

00235 Estreñimiento funcional crónico._ Ausencia de eliminación fecal permanente.

00014 Incontinencia fecal._ Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional._ Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

00197 Riesgo de mortalidad gastrointestinal disfuncional._ Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

4.3.3.3. Clase 3. Función tegumentaria.

Proceso de secreción y excreción a través de la piel (ningún diagnostico hasta la actualidad).

4.3.3.4. Clase 4. Función respiratoria.

Diagnóstico:

00030 Deterioro del intercambio de gases._ Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.

4.3.4. DOMINIO 4. ACTIVIDAD Y REPOSO.

4.3.4.1. Clase 1. Sueño y reposo.

Diagnósticos:

00095 Insomnio._ Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

00096 Deprivación de sueño._ Períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).

00198 Trastorno del patrón del sueño._ Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debida a factores externos.

4.3.4.2. Clase 2. Actividad y ejercicio.

Diagnósticos:

00088 Deterioro de la ambulación._ Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

00091 Deterior de la movilidad en la cama._ Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

00089 Deterior de la movilidad en la silla de ruedas._ Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno.

00085 Deterioro de la movilidad física._ Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

00040 Riesgo de síndrome de desuso._ Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo esquelética prescrita o inevitable

4.3.4.3. Clase 3. Equilibrio de la energía.

Diagnósticos:

00093 Fatiga._ Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

00154 Vagabundeo._ Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con las fronteras, los límites a los obstáculos.

4.3.4.4. Clase 4. Respuesta cardiovascular y pulmonar.

Diagnósticos:

00029 Disminución del gasto cardiaco._ La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo

00032 Patrón respiratorio ineficaz._ La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

00202 Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz._ riesgo de disminución de la circulación gastrointestinal.

00203 Riesgo de perfusión renal ineficaz._ Riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.

00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca._ Riesgo de disminución de la circulación cardíaca (coronaria).

00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz._ riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral.

00204 Perfusión tisular periférica ineficaz._ Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

00092 Intolerancia a la actividad._ Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

00094 Riesgo de intolerancia a la actividad._ Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas

4.3.4.5. Clase 5. Autocuidado.

Diagnósticos:

00102 Déficit de autocuidado: alimentación._ Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de auto alimentación.

00108 Déficit de autocuidado: baño._ Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene.

00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro._ Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de evacuación

00109 Déficit de autocuidado: vestido._ Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

00182 Disposición para mejorar el autocuidado._ Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

00193 Descuido personal._ Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que amplían una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud.

00098 Deterioro del mantenimiento del hogar._ Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento.

4.3.5. DOMINIO 5. COGNITIVO PERCEPTIVO.

4.3.5.1. Clase 1. Atención.

Diagnóstico:

00123 Desatención unilateral._ La desatención del lado izquierdo es más persistente y severa que la desatención del lado derecho.

4.3.5.2. Clase 2. Orientación.

Conciencia del tiempo lugar y persona (ningún diagnostico disponible por el momento).

4.3.5.3. Clase 3. Sensación y percepción.

Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y el reconocimiento de patrones (ningún diagnostico disponible por el momento).

4.3.5.4.Clase 4. Cognición.

Diagnósticos:

00128 Confusión aguda._ Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

00129 Confusión crónica._ Deterioro irreversible, de larga duración o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales: reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.

00173 Riesgo de confusión aguda._ Riesgo de aparición de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

00126 Conocimientos deficientes._ Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

00131 Deterioro de la memoria._ Pérdida total o parcial de memoria.

4.3.5.5. Clase 5. Comunicación.

Diagnósticos:

00051 Deterioro de la comunicación verbal._ Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos

4.3.6. DOMINIO 6. AUTOPERCEPCION.

4.3.6.1. Clase 1. Autoconcepto.

Diagnósticos:

00124 Desesperanza._ Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

00121 Trastorno de identidad personal._ Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

4.3.6.2. Clase 2. Autoestima.

Diagnósticos:

00119 Baja autoestima crónica._ Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.

00120 Baja autoestima situacional._ Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

00153 Riesgo de baja autoestima situacional._ Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

4.3.6.3. Clase 3. Imagen corporal.

Diagnóstico:

00118 Trastorno de la imagen corporal._ Confusión en la imagen mental del yo físico.

4.3.7. DOMINIO 7. ROL RELACIONAES.

4.3.7.1. Clase 1. Roles del cuidador.

Diagnóstico:

00057 Riesgo de deterioro parental.

4.3.8. DOMINIO 8. SEXUALIDAD

4.3.8.1. Clase 1. Identidad sexual.

Reconocerse como una persona especifica en relación con la sexualidad y el género (ningún diagnostico por el momento).

4.3.8.2. Clase 2. Función sexual.

Diagnósticos:

00059 Disfunción sexual._ Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se contempla como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.

00065 Patrón sexual ineficaz._ Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

4.3.8.3. Clase 3. Reproducción.

Diagnósticos: Ninguno relacionado con el adulto mayor.

4.3.9. DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

4.3.9.1. Clase 1. Respuestas postraumáticas.

Diagnósticos:

00141 Síndrome postraumático._ Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.

00145 Riesgo de síndrome postraumático._ Riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático o abrumador.

4.3.9.2. Clase 2. Respuestas de afrontamiento.

Diagnósticos:

00137 Aflicción crónica._ Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado (por un familiar, cuidador, individuo con una

enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

00071 Afrontamiento defensivo._ Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

00069 Afrontamiento ineficaz._ Incapacidad para formulas una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

00146 Ansiedad._ Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal se alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

00147 Ansiedad ante la muerte._ Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

00136 Duelo._ Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

00135 Duelo complicado._ Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.

00172 Riesgo de duelo complicado._ Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

00072 Negación ineficaz._ Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

00199 Planificación ineficaz de las actividades._ Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

00125 Impotencia._ Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

00152 Riesgo de impotencia._ Riesgo de percibir una falta de control sobre la situación o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

00210 Deterioro de la resiliencia._ Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

00212 Disposición para mejorar la resiliencia._ Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que puede reforzarse para optimizar el potencial humano.

00148 Temor._ Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

4.3.9.3. Clase 3. Estrés neurocomportamental.

Diagnósticos:

00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal._ Compromiso de los mecanismos de la dinámica de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no

00009 Disrefléxia autónoma._ Respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático ante un estímulo nocivo tras una lesión medular a nivel D7 o superior.

00010 Riesgo de disrefléxia autónoma._ Riesgo de respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema simpático tras un shock medular, en una persona con una alteración o lesión en la médula espinal a nivel D6 o superior.

4.3.10. DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES.

4.3.10.1. Clase 1. Valores.

Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos (ningún diagnostico por el momento).

4.3.10.2. Clase 2. Congruencia entre valores, creencias y acciones.

Diagnósticos:

00083 Conflicto de decisiones._ Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias personales

00066 Sufrimiento espiritual._ Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo

00067 Riesgo de sufrimiento espiritual._ Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.

00175 Sufrimiento moral._ Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.

4.3.11. DOMINIO 11. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

4.3.11.1. Clase 1. Infección

Diagnóstico:

00004 Riesgo de infección._ Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

4.3.11.2. Clase 2. Lesión física.

Diagnósticos:

00036 Riesgo de asfixia._ Aumento del riesgo de asfixia accidental (aire disponible para la inhalación inadecuado).

00039 Riesgo de aspiración._ Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

00155 Riesgo de caídas._ Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

00048 Deterioro de la dentición._ Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura.

00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

00046 Deterioro de la integridad cutánea._ Alteración de la epidermis y/o dermis.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea._ Riesgo de alteración cutánea adversa.

00044 Deterioro de la integridad tisular._ Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

00035 Riesgo de lesión._ Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas._ Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables

00045 Deterioro de la mucosa oral._ Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.

00206 Riesgo de sangrado._ Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

00205 Riesgo de shock._ Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida.

00038 Riesgo de traumatismo._ Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (p. Ej., una herida, una quemadura, una fractura).

00213 Riesgo de traumatismo vascular._ Riesgo de lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones.

4.3.11.3. Clase 3. Violencia.

Diagnósticos:

00151 Automutilación._ Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión

00139 Riesgo de automutilación._ Riesgo de conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

00150 Riesgo de suicidio._ Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida

00140 Riesgo de violencia autodirigida._ Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.

00138 Riesgo de violencia dirigida a otros._ Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros.

4.3.11.4. Clase 4. Peligros del entorno.

Diagnósticos:

00181 Contaminación._ Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.

00037 Riesgo de intoxicación._ Aumento del riesgo de exposición o ingestión accidental de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación

4.3.11.5. Clase 5. Termorregulación.

Diagnósticos:

00007 Hipertermia._ Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

00006 Hipotermia._ Temperatura corporal por debajo del rango normal.

00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal._ Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

00008 Termorregulación ineficaz._ Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

4.3.12. DOMINIO 12. CONFORT.

4.3.12.1. Clase 1. Confort físico.

Diagnósticos:

00214 Disconfort._ Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social.

00132 Dolor agudo._ Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Associatión for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

00133 Dolor crónico. _ Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Associatión for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

00134 Nauseas._ Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

4.3.12.2. Clase 2. Confort social

Diagnósticos:

00053 Aislamiento social. _ Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

00054 Riesgo de soledad._ Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás (NANDA, 2012).

4.4. ADULTO MAYOR

La etapa del adulto mayor se considera como la última de la vida, en al que se supone que los proyectos personales en su mayoría se han consumado, haciendo posible disfrutar de lo que queda de su existencia con mayor tranquilidad (Piña., 2011).

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores. Para este motivo es útil clasificarlas en tres grandes grupos:

El proceso de crecimiento y desarrollo de todo individuo es biopsicosocial y también espiritual que inicia con la concepción y finaliza con la muerte (Piña., 2011).

Envejecer es un proceso tan natural como el nacimiento y el crecimiento, sin embargo en la actualidad, en la sociedad se establecen estándares de la vida que se centran en la etapa productiva de la persona, ubicando dicho periodo en las edades

cronológicas de 18 a 60 años. La etapa final de la vida se inicia aproximadamente a los 65 años.

Cuando el ser humano envejece no es lo mismo que enfermar, si bien en la denominada tercera edad aparece un gran número de enfermedades que, asociadas a las pérdidas funcionales, determinarán el grado de compromiso del adulto mayor, deberán también tomarse en cuenta aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de las mismas, así como los factores ambientales vinculados al estilo de vida, como la actividad física, la alimentación y los factores de riesgo a los que el individuo está o estuvo expuesto, como su actividad laboral, tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícitas. Cuanta más información obtengamos de la vida del individuo mejor comprenderemos el estado funcional, orgánico y psicológico del adulto mayor (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

La última etapa de la vida (envejecimiento) se define como la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse a del medio ambiente, lo que requiere especial atención sanitaria. Esta etapa comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en las etapas avanzadas de la vida (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

El envejecimiento se inicia al nacer y es de naturaleza multifactorial que se caracteriza por perdida de vitalidad, que implica un aumento progresivo de la

vulnerabilidad ante cualquier agresión , y en último término conduce a la muerte (Domarus., A, 2012).

La senectud, además de ser un progresivo deterioro generalizado de la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte, así como con cambios en la situación económica en la composición de la familia y el hogar y las relaciones sociales; todo esto puede influenciar en los cambios de estado de salud (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

Muchos de los problemas y limitaciones que afectan al adulto mayor son originados por las diversas patologías que los afecta, los cambios fisiológicos que se van presentando, como consecuencia del proceso natural del envejecimiento, juegan un papel muy importante en la condición general, tanto física como mental, a esta edad.

Dentro de las características generales del envejecimiento se produce una disminución funcional de origen interno, la cual es de ocurrencia universal e irreversible, con un desarrollo lineal y con una velocidad variable de deterioro, siendo este diferente entre órganos y sistemas dentro del individuo y aun entre los mismos seres humanos (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

La disminución de la capacidad en la reserva funcional es la principal característica del proceso fisiológico de envejecimiento que sufre el ser humano y que se hace evidente en los momentos en que se necesita de ella (por ejemplo: estrés, enfermedad, esfuerzo físico, etc.).

Neurológicamente se aprecia una atrofia cerebral por disminución del número de neuronas, así como de dendritas, enzimas y receptores, y una disminución de la síntesis

de neurotransmisores, tanto catecolinérgicos como dopaminérgicos, que explican de algún modo la disminución cognitiva (memoria, concentración, atención, capacidad visuo-espacial, conceptualización, inteligencia general) y las fallas en la coordinación de movimientos, que se presentan frecuentemente en este grupo etario. Se produce también una disminución de los reflejos posturales (inestabilidad, caídas) y una disminución del estadio 4 del sueño (rápido despertar, insomnio).

El sensorio no escapa de estos compromisos y se presenta una disminución del umbral sensitivo en general, una disminución de la acomodación ocular, una opacificación de los lentes intraoculares, un adelgazamiento de la retina, con los consabidos problemas de la disminución de la agudeza visual y de la visión nocturna. También a una mayor frecuencia de elevación de la presión intraocular. En los oídos se produce una esclerosis de los huesecillos y una disminución en la audición de alta frecuencia, así como una menor irrigación vascular, lo cual explican los problemas auditivos y en parte el tinitus, la olfacción y la gustación pueden encontrarse disminuidas discretamente (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

También los cambios en el sistema nervioso asociados a la edad pueden afectar al sueño, los mismos que pueden darse a nivel químico, estructural y funcional resultando así una desorganización del sueño y la interrupción de los ritmos cardiacos (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Numerosos son los cambios fisiológicos que van presentándose durante el proceso de envejecimiento. Desde el punto de vista general se produce un aumento de la grasa corporal de un 14 a un 30% y una disminución del agua corporal total, sobre todo en el compartimento intracelular, por lo que hay mayor tendencia a la deshidratación, en algunos casos al sobrepeso y en una mayor permanencia de las drogas lipofílicas. Este

aumento de la grasa corporal se concentra principalmente a nivel abdominal y visceral en los hombres, y en las mamas y en la pelvis, en las mujeres.

La disminución de la masa y de la fuerza muscular no le permite enfrentar con éxito los requerimientos de mayor fortaleza y de mayor rapidez en la movilidad. La disminución de la densidad ósea hará más frágiles sus huesos (osteopenia/osteoporosis) por lo que pueden fracturarse más rápidamente. También se presentan fatiga del cartílago articular, fibrosis de la membrana sinovial, disminución del ácido hialurónico sinovial, disminución de la matriz no colagenosa de los meniscos y tendones, disminución del agua, del ácido hialurónico y de los proteoglicanos de los núcleos pulposos, todo lo cual hace más vulnerable al tejido músculo-esquelético, sobre todo cuando se trata de esfuerzos físicos, produciéndose limitación funcional y caídas (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

La piel del adulto mayor sufre múltiples cambios relacionados con la edad, se observa una disminución del grosor y elasticidad de la piel que contribuye a dar un aspecto arrugado y flácido a la piel de la cara, el cuello y los brazos.

Aunque se produce cambios en todos los sistemas del organismo a lo largo de toda la vida, los cambios en la piel y el pelo son más visibles y pueden afectar a la percepción y autoestima personal.

Los cambios relacionados con loa edad en el aspecto de la piel están correlacionados con cambios funcionales y el declive global en la función de la piel con el proceso de envejecimiento. El envejecimiento de la piel se divide en dos tipos:

- Envejecimiento intrínseco que está causado por factores intrínsecos como la constitución genética y el proceso normal de envejecimiento.

- Envejecimiento extrínseco, que es el resultado de los factores extrínsecos como la exposición a la luz ultravioleta, tabaquismo y la contaminación ambiental.

Con el envejecimiento se observa una reducción en el tamaño, número y función tanto de las glándulas endocrinas como apocrinas, teniendo como consecuencia una reducción en la capacidad del adulto mayor para regular la temperatura corporal a través de la transpiración y evaporación de la piel (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

A nivel de la epidermis, como de la dermis y del tejido subcutáneo, disminuye su contenido de grasa y de los apéndices cutáneos, se produce una disminución de los melanocitos, de las células de Langerhans, de la membrana basal, de los keratinocitos, que trae como consecuencia la disminución de la cicatrización, de la fotoprotección, de la producción de vitamina D, de las reacciones de hipersensibilidad, de la adhesión epidermis-dermis y un incremento en la generación de ampollas.

En la dermis se produce una disminución de colágeno y de la elastina (disminución de la turgencia y elasticidad), así como de los mastocitos, de elementos neurales y de vasos sanguíneos. La disminución de la grasa subcutánea trae como consecuencia la disminución de la protección mecánica. En relación a los apéndices, existe una disminución del número y de la producción de las glándulas ecrinas, apocrinas y sebáceas, así como del número de pelos y de la velocidad de su crecimiento, todo lo cual trae como consecuencia una disminución de la termorregulación y algunos cambios cosméticos (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

A nivel bucal con el envejecimiento se produce un adelgazamiento del epitelio y una atrofia tisular en el tejido blando de la cavidad bucal. El factor individual más importante relacionado con la salud bucal durante el envejecimiento es el mantenimiento de una buena higiene bucal, sin embrago con el envejecimiento se hace

más difícil mantener una buena higiene bucal debido a múltiples factores, como el número y el estado de los empastes dentales, cambio en la alineación entre los dientes adyacentes debido a la retracción de las encías , alteración de la agudeza visual, posible pérdida de la destreza manual, restricción de la amplitud de movimiento y los efectos de la medicación sobre la salud bucal (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Lo que corresponde a nivel visual incluyen encanecimiento y adelgazamiento de cejas y pestañas, aparición de arrugas en la piel que rodea a los ojos tiene lugar como resultado de la atrofia del tejido subcutáneo (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Los ojos pueden aparecer hundidos debido a la disminución de la grasa orbital y al hundimiento de los parpados (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Una disminución en las células endoteliales de la córnea reduce la sensibilidad ocular y el dolor lo que puede retrasar la recepción de necesidad de tratamiento de lesiones e infecciones, el arco senil, anillos de color gris amarillento alrededor de la córnea periférica, se desarrolla debido a depósitos de lípidos; sin embargo esta afección no está relacionada con hipercolesterolemia o anomalías lipídicas excepto de casos raros.

En los cristalinos se produce espesor y endurecimiento con la edad y aparecen amarillentos y opacos, reduciendo el espacio del humor acuoso y aumentando el riesgo de glaucoma (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

La audición con el envejecimiento se ve afectada en la apariencia externa de la oreja debido a la tendencia del pabellón auricular a arrugarse y a caerse. El cerumen o cera del oído producto por las glándulas ceruminosas es un hallazgo normal, este cerumen tiende a secarse, endurecerse y acumularse en el conducto auditivo debido a la disminución de la actividad de las glándulas apocrinas. La sequedad del conducto

también puede producir prurito y el recubrimiento epitelial del conducto auditivo puede irritarse fácilmente y lesionarse si se inserta cualquier objeto dentro del oído, aumentando el riesgo de infección (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Los cambios en el oído interno supone atrofia del órgano de Corti y de las neuronas cocleares, perdida de las células pilosas sensitivas y degeneración de la estría vascular (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

A nivel cardiovascular, se produce una disminución de la "compliance" vascular arterial, con la subsecuente elevación de la presión arterial (sin llegar a grados de hipertensión) y disminución del flujo sanguíneo (la aterosclerosis hace más evidente este problema) con el resultado de isquemia de algunos órganos (corazón, cerebro, riñones, etc.). Concomitantemente, se produce una disminución de la respuesta b-adrenérgica (menor capacidad del bombeo cardiaco y de cronotropismo).

La sensibilidad de los baro receptores disminuye, por lo que existe una tendencia a la hipotensión ortostática, mientras que la disminución de la automaticidad del nódulo sinusal, hace al corazón más proclive al desarrollo de arritmias.

Otros cambios a nivel celular, tisular y fisiológico son: disminución del número de mocitos con aumento en su tamaño, aumento del tejido conectivo e incremento de la rigidez miocárdica, disminución de la velocidad de contracción y de la respuesta contráctil adrenérgica, aumento de la producción del péptido natriurético auricular, incremento del tejido colágeno en el sistema de conducción, acumulo graso alrededor del nodo sino-auricular, disminución de células marcapaso, discreta hipertrofia ventricular izquierda, relajación ventricular prolongada, rigidez de la aorta central y disminución de la vasodilatación mediada por endotelio.

Las consecuencias clínicas son la disminución del gasto cardiaco, la disminución de la frecuencia cardiaca máxima, elevación de la presión arterial sistólica aumento de la presión de pulso, vulnerabilidad a la hipotensión arterial, pobre respuesta compensatoria a cambios de la presión arterial, susceptibilidad al síncope e hipo-perfusión orgánica (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

En el aparato respiratorio hay una disminución de la elasticidad pulmonar y un aumento de la rigidez torácica, que no permiten una buena contracción-distensión pulmonar, con el consecuente déficit en el intercambio de gases. Se produce un incremento del volumen residual y de la capacidad pulmonar total, con una respuesta disminuida a la hipoxia e hipercapnia. La velocidad y producción del moco traqueal está alterada, así como el funcionamiento y eficiencia del aparato ciliar, además de un reflejo antitusígeno disminuido, todo lo cual no permite un buen movimiento de las secreciones bronquiales que se producen normalmente y una adecuada limpieza del árbol bronquial ("aclaramiento respiratorio"), con las consecuencias de una tendencia al desarrollo de infecciones respiratorias y de una función respiratoria disminuida, procesos que lo deterioran frecuentemente (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

Las implicaciones funcionales de estas cambios son una disminución de la recuperación elástica del pulmón que produce un aumento del volumen residual (la cantidad de aire que permanece en los pulmones al final de la exhalación), disminución de la capacidad vital (cantidad de aire que se mueve dentro y fuera con la inspiración y la espiración) y cierre prematuro de las vías aéreas en porciones dependientes de los pulmones, que a menudo atrapan aire en las vías aéreas superiores.

Con el cierre prematuro de las vías aéreas aumentan los desajustes de ventilación y de perfusión además disminuyen los niveles de oxígeno arterial aportando a que la

cantidad de oxígeno en la sangre sea menor y la producción lenta e ineficaz del intercambio gaseoso (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

El aparato digestivo también presenta algunos problemas. La masticación, el flujo salival y el sentido del gusto están disminuidos. Los músculos faríngeos y la motilidad esofágica se encuentran también disminuidos. La producción de pepsina se puede alterar, así como el vaciamiento gástrico. Puede haber un adelgazamiento de la mucosa gástrica y la acidez gástrica está disminuida, por lo que algunas bacterias pueden pasar fácilmente al intestino y colonizarlo o agredirlo o también producirse una disminución de la eficiencia en los procesos digestivos. El tiempo del tránsito intestinal está retardado, con una disminución de la inervación, acompañándose de alteraciones en la absorción y la actividad enzimática (lactasa).

La motilidad colónica está disminuida, con una tendencia al estreñimiento o constipación y a la formación de divertículos. Hay un déficit en la contracción de la zona anal, con disminución de la elasticidad de la pared muscular y de la inervación, por lo que puede haber incontinencia fecal con mayor facilidad. El hígado está disminuido de tamaño, y tanto el número de hepatocitos y del flujo sanguíneo se encuentran disminuidos. La función hepática está disminuida, con disminución de la de metilación, de la síntesis proteica y de la oxidación microsomal, por lo que los procesos metabólicos normales pueden sufrir una demora y una menor eficiencia (ej.: metabolismo de los fármacos).

El páncreas está disminuido de peso y de tamaño con disminución de las glándulas acinares y de la secreción pancreática. El vaciamiento de la vesícula biliar es más lento y hay una tendencia a la formación de cálculos biliares (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

En el aparato renal se producen algunos cambios, comenzando por los riñones, los cuales se encuentran disminuidos de peso disminuye un 20-30%, de tamaño y de volumen 10%/década, representando la pérdida de un gran número de glomérulos (30-40% a los 80 años), del tamaño glomerular, con engrosamiento de la membrana basal, aumento de la expansión del mesangio glomerular, un aumento de los glomérulos escleróticos y del número y longitud de los túbulos, así como la formación de divertículos tubulares, por lo que se afecta tanto la filtración glomerular como la capacidad de concentración-dilución urinaria, con la consecuencia del posible desarrollo de una menor depuración de sustancias tóxicas, de una falla renal rápida e inesperada, de una mayor vulnerabilidad patológica a cualquier tipo de estrés, a una toxicidad incrementada a los fármacos y a una tendencia al desbalance hidro-electrolítico.

Desde el punto de vista endocrinológico, existe una disminución de la función testicular y ovárica con el detrimento de las hormonas sexuales como la testosterona la cual disminuye la libido sexual y de los estrógenos (climaterio y menopausia), con elevación de las hormonas hipofisarias estimulantes (LH, FSH), una disminución de la absorción y activación de la vitamina D (osteopenia), una disminución de la homeostasis de la glicemia (hiperglucemia), una disminución de la producción de tiroxina (hipotiroidismo subclínico), un aumento de la hor- mona antidiurética (balance hídrico), una disminución de la hormona de crecimiento (disminución de la masa muscular), una disminución de la renina y de la aldosterona (hiponatremia/hiperkalemia). También se produce una alteración de la función neuroendocrina, con disminución de la producción de neurotransmisores, como la dopamina, la norepinefrina y de los opioides. Todos estos cambios traen como consecuencia la disminución del estímulo de la secreción hipofisaria, una respuesta

alterada al estrés, una mayor prevalencia de diabetes, osteopenia, disfunción sexual (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

El aparato genitourinario de la mujer sufre una atrofia de la mucosa uretral y vaginal (disconfort e infecciones urinarias), una atrofia, hiperplasia o ulceración vulvar (prurito, sequedad, dolor) y una relajación del piso pélvico (cistocele, rectocele, prolapso uterino, incontinencia urinaria), mientras que en el hombre se agranda la próstata (obstrucción e infección urinaria) y hay una menor secreción de fluidos, así como de espermatozoides incluyendo la limitación progresiva de la capacidad de erección y de eyaculación con aumento del periodo refractario tras la actividad sexual (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

En cuanto al sistema hemato inmunológico, hay una disminución de la reserva medular ósea (lenta y a veces inadecuada recuperación del balance sanguíneo), una disminución de la función de las células T y un aumento en la formación de auto-anticuerpos, con las consecuencias clínicas de una respuesta hematopoyética retardada, un rápido desarrollo de infecciones, sobre todo de tipo viral o mico-bacteriano y de presencia de pruebas falso-positivas (ej: Factor Reumatoide) (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

La mayoría de los cambios del sistema hematológico relacionado con el envejecimiento son debidos a la capacidad reducida de la medula ósea de forma rápida cuando se produce una enfermedad o una hemorragia .Sin embargo sin que se produzca una pérdida de sangre importante o el diagnóstico de una enfermedad grave, los cambios del envejecimiento de la medula ósea no son clínicamente significativos.

Alrededor de los 70 años, la cantidad de medula ósea en los huesos largos comienza a disminuir de forma continua. Entre los cambios adicionales del envejecimiento en el sistema hematológico son:

- Disminución en el número de células madre en la medula ósea.
- La administración d eritropoyetina para estimular la utilización de hierro es menos efectiva en las personas mayores que en las jóvenes.
- La función linfocitaria especialmente la inmunidad celular perece disminuir con la edad.
- La adhesividad plaquetaria aumenta con la edad.
- Los valores medios de hemoglobina y del hematocrito disminuyen ligeramente con la edad pero se mantiene dentro del rango de la normalidad (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

5. METODOLOGÍA

Tipo de estudio.

El tipo de estudio es descriptivo, porque detalla los hechos como son observados y transversal implicando la recolección de datos en un solo corte, en un tiempo determinado.

Área de estudio.

La investigación se desarrolló en el Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja.

Universo y Muestra.

El universo correspondió a 80 adultos mayores que asistieron regularmente al Centro de Acción Social "Matilde Hidalgo" de la Ciudad de Loja.

Método e instrumento de recolección de datos.

El método que se utilizó para la recolección de datos fue, la guía de los patrones funcionales de salud de Marjury Gordon: percepción y mantenimiento de la salud, nutricional- metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño y descanso, autopercepción- autoconcepto, rol – relaciones, sexualidad y reproducción, adaptación y tolerancia al estrés, valores –creencias (Anexo 1).

Presentación de datos.

La presentación de los datos se encuentra distribuida en tablas que dan fe del cumplimiento de los objetivos.

Uso que se dará a los resultados.

Se realizará la entrega del presente documento a los directivos del Centro de Acción Social "Matilde Hidalgo" de la Ciudad de Loja, con el objeto de que sean considerados en una planificación de intervenciones dirigidas al adulto mayor aportando así a la mejora de su calidad de vida.

Consideraciones éticas.

Se consideró la autorización respectiva para el desarrollo del proyecto, además se contó con el consentimiento informado de los participantes en el estudio, manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos, los mismos que han sido utilizados exclusivamente con fines de investigación; realizando un profundo análisis de la bibliografía seleccionada. Teniendo presente el respetó en todo momento la intimidad de los participantes tales como: su imagen corporal, hábitos y creencias personales.

Riesgo y beneficio.

En relación al riesgo beneficio el presente estudio no constituyó riesgo alguno para los participantes ni para el investigador; los costos que genero el desarrollo del proyecto fueron asumidos por el investigadora.

6. RESULTADOS

TABLA Nº1: ADULTOS MAYORES EN RELACIÓN AL SEXO Y EDAD DEL CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA.

SEXO / EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
65-75	10	12.5%	26	32.5%	36	45%
76-85	14	17.5%	23	28.75%	37	46.25%
86>	2	2.5%	5	6.25%	7	8.75%
TOTAL	26	32.5%	54	67.5%	80	100%

FUENTE: Guía aplicada a los Adultos Mayores del CASMH.
ELABORADO POR: Noemi Peña Conde.

ANÀLISIS: Los adultos mayores del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo más del 50% son de sexo femenino, en relación a la edad están entre 65 a 85 años.

TABLA Nº2: PATRONES FUNCIONALES DE SALUD AFECTADOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA.

PATRÓN FUNCIONAL	f	%
Patrón cognitivo perceptivo	30	37.5%
Patrón de eliminación.	18	22.5%
Patrón autopercepción-autoconcepto.	14	17.5%
Patrón manejo y percepcion de la salud.	11	13.5%
Patrón actividad y ejercicio.	5	6.2%
Patrón afrontamiento y tolerancia al estrés.	2	2.5%
TOTAL	80	100%

FUENTE: Guía aplicada a los Adultos Mayores del CASMH.
ELABORADO POR: Noemi Peña Conde.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se observa el patrón de salud cognitivo perceptivo es el más afectado de manera relevante en los adultos mayores.

TABLA Nº3: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	f	%
00131 Deterioro de la memoria r/c trastorno neurológico m/p incapacidad para retener información.	27	33,75%
00016 Deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad m/p incontinencia.	15	18,75%
00124 Desesperanza r/c abandono m/p disminución de emociones	12	15,%
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c recursos económicos insuficientes m/p falta de alimentos	11	13,75%
00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimiento m/p fracaso para emprender acciones para reducir los factores.	8	10%
00085 Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p cambios en la marcha.	4	5,00%
00198 Trastorno del patrón del sueño r/c ruidos m/p expresa no sentirse bien descansado. 00052 Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas m/p disconfort en las situaciones sociales. 00114 Síndrome de estrés de traslado r/c aislamiento m/p soledad.	3	3,75%
TOTAL	**80**	**100,00%**

FUENTE: Guía aplicada a los Adultos Mayores del CASMH.
ELABORADO POR: Noemi Peña Conde.

ANÁLISIS: El diagnóstico más frecuente identificado en los adultos mayores corresponde a Deterioro de la memoria r/c trastorno neurológico m/p incapacidad para retener información.

*r/c._ razón científica (etiología).

*m/p._ manifestado por (sintomatología).

7. DISCUSIÓN

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se caracteriza por una disminución progresiva de las funciones vitales, es una etapa en el cual requiere de una atención integral, fundamentada en una evaluación objetiva del estado funcional que guie la elaboración de los cuidados pertinentes, que garanticen una calidad de vida adecuada a las capacidades fisiológicas limitadas propias del adulto mayor.

En la presente investigación la edad de los Adultos mayores corresponde a 65 y 85 años que representan el grupo mayoritario. En un estudio realizado Fanning y Vásquez (Perú 2014) sobre Diagnósticos enfermeros en Adultos mayores no hospitalizados, en cual se registró Adultos Mayores con edades comprendidas entre 60 y 69 años (45.7%), y el 5.7% entre 90 y 99 años que muestra una diferencia significativa con las edades encontradas en nuestro estudio.

Según el estudio de Fanning y Vásquez (Perú 2014), en donde se encontró supremacía de mujeres, proporción que se asemeja con la identificada en la presente investigación existiendo un predominio del sexo femenino.

La investigación refiere que el Patrón de Salud mayormente afectado corresponde a cognitivo perceptivo, seguido de eliminación, autopercepción - autoconcepto, actividad y ejercicio, y por último otros patrones afectados en menor frecuencia con relación a lo anterior.

El diagnóstico de Deterioro de la memoria se identifica con mayor incidencia en los adultos mayores, caracterizado principalmente por una atrofia cerebral por disminución del número de neuronas, así como de dendritas, enzimas y receptores, y una disminución de la síntesis de neurotransmisores, tanto catecolinérgicos como dopaminérgicos, que explican de algún modo la disminución cognitiva (memoria,

concentración, atención, capacidad visuo-espacial. En relación al estudio realizado por Villarejo y Pancobro (España 2011), sobre Diagnósticos de enfermería resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria, encontramos el diagnóstico con mayor incidencia es Deterioro de la movilidad física, encontrando gran diferencia en relación a los resultados de nuestro estudio antes mencionado.

8. CONCLUSIONES

- En el Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja la mayor parte de los adultos mayores que acuden cursan las edades de 65-85 años.

- La distribución por sexo de los Adultos Mayores en el centro, es mayoritariamente femenino en relación al masculino, con diferencia significativa entre ambos sexos.

- El patrón funcional de salud mayormente afectado es el cognitivo-perceptivo.

- Dentro de los diagnósticos enfermeros más frecuentes corresponden a Deterioro de la memoria, Deterioro de la eliminación urinaria, y otros en menor incidencia.

9. RECOMENDACIONES

- A la unidad donde se realizó el estudio se recomienda incorporar la aplicación de los patrones funcionales de Marjury Gordon, que evidencia una valoración objetiva, integral y real del estado de salud de los adultos mayores, para que se planifique las acciones de cuidado que mejoren su calidad de vida.

- El cuidado de los Adultos Mayores requiere de abordaje integral por lo que se sugiere la utilización de un lenguaje enfermero estandarizado, como es el sistema NANDA, el cual debería ser implementado en todos los centros en los que se brinda los cuidados de enfermería.

- A la Carrera de Enfermería se sugiere implementar estudios investigativos que incentiven el uso del lenguaje enfermero en otros grupos poblacionales, con el fin de mejorar la atención de los pacientes a nuestro cargo.

10. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, E., Ranero, V., & Figueroa, Y., (2011). Procesos diagnósticos y de intervención de enfermería en el estado funcional de ancianos ingresados en el Centro de Investigación sobre Longevidad, Envejecimiento y salud. Gerolfo. Obtenido de http//files.sld.cu/gericuba/files/2012/01/procesos de enfermería.pdf.

Constitución de la República del Ecuador (2008). Capítulo Tercero art. 35, 36. AdultosMayores.Disponibleenhttp://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A_Constitucion_republica_ecuador_2008 constitución pdf.

Domarus, A., (2012). *Medicina Interna*, Barcelona, Elservier, Décimo Sexta Edición, Páginas 1207-1213.

Fanning, M., & Vázquez, M. (2014). Diagnósticos enfermeros en Adultos Mayores no hospitalizados. Gerokomos. Obtenido de http://es.scribd.com/doc/263446023 /adulto-mayor.

Fernández, J., Pardavila, M., & Vivar, C. (2012). Valoración geriátrica global del anciano por los servicios de urgencias extra hospitalarias.Gerokomos.Obtenido dehttp://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2012000400004&script=sci_arttext&tlng=idioma.

Figueróa, L., Duarte, G., González, T., & Rufino, T. (2014). Hacia la mejora de la salud bucodental del anciano: valoración y diagnostico enfermero. Gerokomos. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300006

Herdman, H., & Kamitsuru, Sh, (2014). *NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación*, España, Elseiver, Segunda Edición.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011). Obtenido de www.inec.gob.ec/inec/index.php? option=com_content&view=article&id=54.

Martin, R., & Berral, M, (2014). Proceso de Atención de Enfermería en un paciente Geriátrico.Gerokomos.Obtenidodehttp://www.recien.scele.org/documentos/num_9_nov_2014/plan_cuidados_pae_pacient_geriatrico.pdf

Modelo de Atención Integral de Salud. (2012). Calidad de atención a los usuarios. http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guía/Manual_MAIS MSP12.12.12.pdf.

Ministerio de Inclusión Económica Social (2013). *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores.*Obtenidadehttp://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.

Ministerio de Salud Pública, (2010). Normas y Protocolos de Atención Integral de salud de las y los adultos mayores, https://www.iess.gob.ec/ documents /10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2012).Obtenidohttp: //www.who.int/ageing/es/.

Organización de las Naciones Unidas (2014) Obtenido http//:un.org./endevolment /desa/populations/pdf/trends/Concise%20Report%Oan%20the%20Wordld%Population%20Situaction%202014/es pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2010).Obtenido de http //www. inclusion.gob.ec /wpcontent /oploads/2012/09 Agendas_ Adultos pdf.

Plan Nacional del Buen Vivir. (2013). *Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural*. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad. Quito, Ecuador. Disponible en

http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf.

Penny, E., & Melgar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el Médico Internista*. Bolivia, La Hoguera. Obteniendo de http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria gerontologia.pdf.

Piña, J. (2013). *Aceptación Estigma y Discriminación*, Madrid, Días de Santos, Obtenido de https: http://uaim.edu.mx/webraximhai/Ej-26articulosPDF/12-Resena2.pdf.

Puig, M., & Moreno, C., (2011). Valoración de enfermería a una persona mayor atendidaenatencióndomiciliaria.Gerokomos.Obtenidadehttp://scielo.isciii.es/scielo.phpscriptsci_artteext&pid=S1134-928x2011000300005.

Tabloski, P. (2010). *Enfermería Gerontológica*, Madrid, Pearson Educación S.A. Páginas 239-242.

Toro, S., Carrillo, S., Fanning., &Larrain, G. (2014). Diagnostico enfermero en los Adultos Mayores atendidos en el programa Adulto Mayor de un Centro de Salud de Chiclayo. Gerókomos.

Villarejo, L., & Pancorbo, P., (2011). Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerókomos. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.phpscriptsci_arttext&pid=S1134-928X2011000400002

Villarejo, L., (2011). Diagnósticos de enfermería en pacientes dados de alta, con enfermedades crónicas, según taxonomía NANDA (North América Nursing Diagnosis Association). Enfermería Global, Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.phppids1695-61412011000300002.

11. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA- CARRERA DE ENFERMERIA
TESIS: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DELA CIUDAD DE LOJA.
GUÍA DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.

Fecha: ----------Edad----------
Sexo: ----------Ocupación: ----------Cedula de identidad: ----------
Número de teléfono: celular ----------Número de teléfono convencional----------

I. PERCEPCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.	
Describe lo que el cliente hace por su salud.	
Motivo de consulta.	
Antecedentes personales.	
Estado de salud: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, vacunas, alergias conocidas.	
Higiene personal.	
Problemas: grado de información y actitud sobre su enfermedad y sus cuidados.	
Aspectos preventivos. Hábitos tóxicos, tratamiento farmacológico, medicinas alternativas, automedicación.	
Observación: Aspecto general (aseado/desaseado). Habilidad de relaciones (tranquilo).	

II. NUTRICIONAL-METABOLICO	
Describe el consumo de comida y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas y según la disponibilidad de alimentos.	
Numero de comidas/día (horarios).	
Tipo de dieta (características).	
Dificultades en la masticación, deglución, digestión.	
Cambios recientes de peso.	
Ingesta de líquidos/día, tipo.	
Elaboración de alimentos.	
Suplementos nutritivos.	
Relación enfermedad/alimentación, repercusiones.	
Presencia/ausencia (alteraciones alimentarias).	
Observación y exploración: talla, peso, IMC, temperatura corporal, integridad de piel mucosa, pelo, uñas y dientes.	

III. ELIMINACION	
Describe la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración).	
Eliminación intestinal: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares.	
Eliminación urinaria: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares.	
Eliminación urinaria: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares, revisiones.	
Transpiración: alteración.	
Observación / Exploración. Osteomías, catéteres, hemorroides, fistulas.	

IV. ACTIVIDAD – EJERCICIO.	
Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreo, incluye actividades de la vida diaria que requieren un gasto de energía.	
Riesgo laboral.	
Actividad de la vida diaria: barreras arquitectónicas, caídas.	
Ocio/ recreo (hobbies, tiempo libre).	
Factores que condicionan la actividad: déficit neuromuscular, disnea, espasmos musculares con el ejercicio, ect.	
Habilidades para el autocuidado: vestirse (las partes superior e inferior del cuerpo), bañarse, alimentarse, uso del inodoro, si es independiente, dependiente, cuales son los factores relacionados.	
Observación / Exploración: Pulso, respiraciones/ minuto. Masa muscular, fuerza, constitución corporal.	

V. SUEÑO – DESCANSO.	
Describe el patrón de sueño, descanso y relajación durante las 24 horas, incluye la percepción de la calidad/ cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía.	
Un riesgo para su seguridad (lesión).	
Sueño (horas/día, problemas, medidas auxiliares)	
Descanso (hora de dormirse y despertarse)	
Observación: Cansancio, ojos cansados, bostezos.	

VI. COGNITIVO – PERCEPTIVO.	
Describe el patrón senso-perceptivo y cognitivo, incluye la adecuación de los sentidos (vista, tacto) y la compensación o prótesis usadas para los problemas.	
Nivel de instrucción (capacidad de aprendizaje).	
Nivel de conciencia: Orientación temporo-espacial. Órganos de los sentidos (prótesis, revisiones). Dolor (localización y control, entender, memorizar). Valoración del estado mental. Factores de riesgo para la integridad corporal. Habilidades del lenguaje, memoria y toma de decisiones.	
Observación: Comportamiento general, valorar órganos de los sentidos.	

VII. AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO	
Describe el concepto de sí mismo y su percepción.	
Humor y autoestima (opinión de sí mismo, identidad, imagen corporal, satisfacción).	
Autopercepción (como se ve, que le preocupa).	
Observación: Percepción de habilidad cognitiva, afectiva y física. Postura corporal, movimiento, contacto visual, voz.	

VIII. ROL RELACIONES.	
Describe el rol que desempeña la persona en sus relacione, incluye la percepción de responsabilidad en su situación actual, la satisfacción o preocupaciones familiares, en el trabajo o en las relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con su rol.	
Con quien vive, que depende de él / ella, de quien depende.	
A quién pide ayuda en caso de necesidad.	
Relaciones familiares, amistad.	
Valoración socio familiar: Identifica barreras de comunicación.	

IX. SEXUALIDAD – REPRODUCCION.	
Describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así como el patrón reproductivo.	
Antecedentes (menarquia, menopausia, formula menstrual, metrorragias, G-A-V).	
Autoconcepción (métodos, inicio de relaciones coitales, problemas de relación, problemas de reproducción, revisiones, conductas de riesgo).	

X. ADAPTACION – TOLERANCIA AL ESTRÉS.	
Describe el patrón general de adaptación y la efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad de resistir retos al auto imagen, modos de llevar el estrés, sistemas de soporte utilizados como la familia y la habilidad percibida de control y manejo de las situaciones.	
Toma de decisiones.	
Forma de abordar crisis, cambios virtuales y problemas.	
Que hace en momentos de tensión (cómo reacciona).	
Utilización de ayuda profesional o grupos de apoyo.	

XI. VALORES – CREENCIAS.	
Describe los valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían a la persona en sus elecciones y decisiones. Lo percibido como importante en la vida y cualquier conflicto percibido en los valores, las creencias o las expectativas relacionadas con la salud.	

FUENTE: Guía aplicada a los Adultos Mayores del CASMH.
ELABORADO POR: Noemi Peña Conde.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA- CARRERA DE ENFERMERIA

TESIS: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DELA CIUDAD DE LOJA.
GUÍA DE DATOS OBTENIDOS.

Fecha: ----------Edad----------
Sexo: ----------Ocupación: ----------Cedula de identidad: ----------
Número de teléfono: celular ----------Número de teléfono convencional----------
-

DIAGNÓSTICO / PATRONFUNCIONAL	DIAGNOSTICO REAL
Patrón de manejo-percepción de la salud.	
Patrón nutricional- metabólico.	
Patrón de eliminación.	
Patrón de actividad-ejercicio	
Patrón reposo-sueño.	
Patrón cognitivo perceptivo.	
Patrón de autopercepción-auto concepto.	
Patrón de rol relaciones.	
Patrón de sexualidad – reproducción.	
Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés.	
Patrón de valores –creencias.	

FUENTE: Guía aplicada a los Adultos Mayores del CASMH.
ELABORADO POR: Noemi Peña Conde.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACLUTAD DE LA SALUD HUMANA- CARRERA DE ENFERMERIA

TESIS: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DELA CIUDAD DE LOJA.

DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL MATILDE HIDALGO DE LA CIUDAD DE LOJA.

Fecha: ----------
Nombres y apellidos: ----------
Edad: ----------Sexo: ----------Ocupación: ----------
Cedula de identidad: ----------Número de teléfono: celular ----------
Número de teléfono -convencional----------

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora de la presente propuesta de investigación. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LOJA. Previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, solicito muy comedidamente se sirva colaborar en todos los procesos de observación, valoración y diagnóstico, reiterando que toda la información recolectada es totalmente confidencial, los resultados obtenidos de esta investigación servirán de ayuda para construir una base, la cual permitirá realizar un plan de intervención que aporte bienestar y calidad de vida de los adultos mayores.

FIRMA
CI.:

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA- CARRERA DE ENFERMERIA

TESIS: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DELA CIUDAD DE LOJA.

EVIDENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO

Adultos Mayores del Centro de Acción Social "Matilde Hidalgo"

Recopilación de información de la historia clínica.

Firma de consentimiento informado.

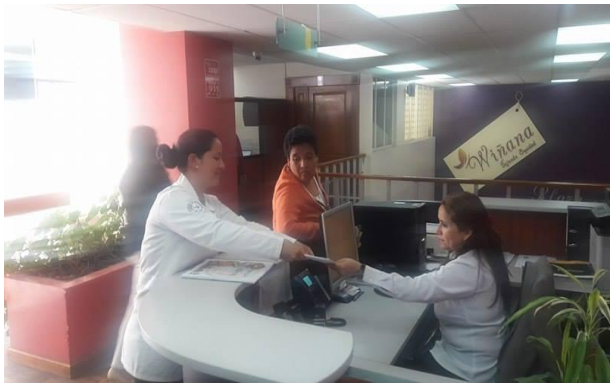
Valoración de peso.

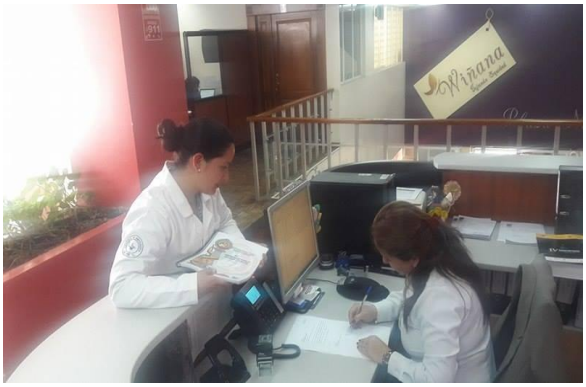
Valoración de talla.

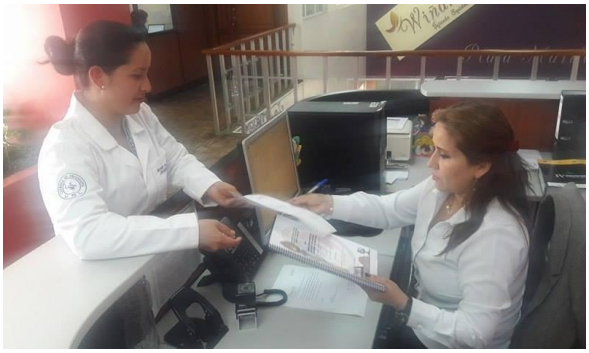
Valoración del patrón cognitivo

Actividades recreativas

EVIDENCIA DE LA ENTREGA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN







ANEXO 5

Prefectura LOJA Camino al progreso

CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL MATILDE HIDALGO

UNIDAD ADMINISTRATIVA TALENTO HUMANO

Doctor Luis A. Cabrera Fajardo, ***Responsable de UATH-CASMH-GPL (E)****:*

CERTIFICO:

Que revisados los archivos que reposan en Talento Humano-CASMH, se evidencia que existe un oficio N°. 647-CCE-ASH-UNL, de fecha 08 de noviembre de 2016, suscrito por la Lic. María del Cisne Agurto. Coordinadora de la carrera de enfermería ASH-UNL, en donde solicita a la Ab. Mayda Carrión Coronel Directora del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo, autorice a la señorita ***IMELDA NOEMI PEÑA CONDE****, portadora de la cédula de identidad N°. 1717297228, pueda aplicar entrevistas y test a los adultos mayores y obtener toda la información necesaria previo a la realización de su tesis. Mediante sumilla inserta en el mencionado oficio la Ab. Mayda Carrión Coronel, Directora del Centro de Acción Social "Matilde Hidalgo", Autoriza a la Dirección de Planificación, coordinar.*

Es todo cuanto puedo certificar para los fines legales pertinentes.

Loja, 16 de marzo de 2017

Atentamente

Dr. Luis A. Cabrera Fajardo
RESPONSABLE DE LA UATH-CASMH (E)

Sucre y José Antonio Eguiguren Loja-Ecuador
Teléfono: (593) 07-2562522
casmh@prefecturaloja.gob.ec / www.prefecturaloja.gob.ec

ANEXO 6

4384/63

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

Of. Nº. 647 - CCE-ASH-UNL.
Loja, 08 de noviembre de 2016

Ab. Mayda Carrión Coronel
DIRECTORA DEL CENTRO ACCION SOCIAL MATILDE HIDALGO DE LA CIUDAD DE LOJA
Ciudad,

De mi consideración

Con un cordial saludo me dirijo a Usted, en la oportunidad de solicitar muy comedidamente su autorización a fin de que la señorita **IMELDA NOEMI PEÑA CONDE**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, pueda aplicar entrevistas y test a los adultos mayores y obtener toda la información necesaria para la realización de su tesis intitulada **"DIAGNÒSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÒN SOCIAL MATILDE HIDALGO DE LA CIUDAD DE LOJA"** previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería,

Por la favorable atención que se dé al presente, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Lic. María del Cisne Agurto Mg. Sc
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA ASH-UNL

Autorizado
Planificación
coordinación
10-11-16

MAE/Elaborado por Dra. Elsa Pineda Mg. Sc.
C.c. Archivo.

CENTRO DE ACCION SOCIAL MATILDE HIDALGO
COORDINACION GENERAL
S.P.L.
RECIBIDO:
FECHA: 09-11-16
HORA: 17H15

10-11-16
10H05

ANEXO 7

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Sr. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA,* autoría de la alumna Imelda Noemí Peña Conde egresado en la Carrera de Enfermería, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 16 de marzo de 2017

Sr. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

"FINE - TUNED ENGLISH" CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

ANEXO 8

OFICIO Nº 001-NP-2017
Loja, a 05 de abril del 2017

Abogada.
Mayda Alejandra Carrión Coronel.
DIRECTORA GENERAL DEL CASMH.

De mis consideraciones;

Por medio de la presente permítame saludarle y desearle éxitos en sus funciones diarias.

Como alumna de la Universidad Nacional de Loja de la Facultad de Salud Humana de la Carrera de Enfermería, realicé la **Aplicación de la Guía de los Patrones Funcionales de Salud de Marjury Gordon**, como parte de la investigación de mi tesis Titulada **Diagnósticos Enfermeros Frecuentes en el Adulto Mayor del Centro De Acción Social "Matilde Hidalgo"** de la Ciudad de Loja, motivo por el cual me permito hacerle llegar el documento donde se evidencian los resultados de la misma.

Por la atención prestada a la presente le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente

Imelda Noemí Peña Conde
ESTUDANTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNL.

CENTRO DE ACCION SOCIAL MATILDE HIDALGO
COORDINACION GENERAL
G.P.L.
RECIBIDO: Graciela
FECHA: 05-04-2017
HORA: 15:26

ANEXO 9

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE TESIS

TEMA

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA.

AUTOR:

Imelda Noemi Peña Conde

DOCENTE:

Lic. Dolores Magdalena Villacís Cobos, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2016-2017

a. TEMA: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO ACCIÓN SOCIAL "MATILDE HIDALGO" DE LOJA.

b. PROBLEMA

El aumento en la esperanza de vida no significa que la calidad de vida del adulto mayor será mejor, sino que sucederá lo contrario. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no podrán valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo; al ser más larga la etapa de la vejez, los adultos mayores de edad muy avanzada perderán su capacidad de vivir independientemente como resultado de problemas físicos, mentales, fragilidad y limitación en su movilidad (OMS, 2012).

En la actualidad la pirámide poblacional mundial está atravesando un cambio profundo, el aumento de la esperanza de vida, junto con la reducción de la tasa de fecundidad y mortalidad son factores que han impulsado el aumento del número de adultos mayores (Peña, N. 2012).

Según el informe de Naciones Unidas 2014 el cambio demográfico demuestra que aunque el aumento de la esperanza de vida representa un triunfo, el envejecimiento de la población plantea diversos retos a las familias, a las comunidades y a las sociedades en aspectos como el crecimiento económico, la organización de los sistemas de atención a la salud y la solidez de los sistemas de apoyo familiar (ONU, 2014).

La Organización Panamericana de la Salud emite en su informe que los aproximadamente 59 millones de adultos mayores en el año 2010, aumentarán a casi 200 millones en el año 2050. La esperanza de vida a los 60 años también se incrementará de manera sostenida, estimándose que 81% de las personas que nacen en la Región superará los 60 años de edad, y que 42% de ellas, sobrepasarán los 80 años de vida (OPS, 2010).

En lo que respecta al perfil epidemiológico de América Latina dentro de las condiciones con alta prevalencia en el adulto mayor y cuyas consecuencias conducen a un alto grado de discapacidad y limitación de la autonomía de las personas mayores se encuentran: las fracturas de la cadera, la demencia y el deterioro de la visión y la audición. Entre las principales causas de morbilidad, que destacan son: las artropatías, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, várices de miembros inferiores, infecciones respiratorias y urinarias, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares. Así mismo encontramos las principales causas de mortalidad en el adulto mayor, que provocan las ¾ partes de las

muertes son: las enfermedades del corazón las neoplasias malignas y las enfermedades cerebrovasculares (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

En el estudio realizado en Madrid España en los adultos mayores, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros: aislamiento social, déficit de volumen de líquidos, déficit de autocuidado alimentación, déficit de autocuidado baño/higiene, deterioro en el mantenimiento del hogar, mantenimiento infectivo de la salud. Llegando a la conclusión que los diagnósticos enfermeros identificados son la base principal para planificar los cuidados e intervenciones no solo en la persona sino también su entorno mejorando así la calidad de vida de los mismos (Puig, M., & Moreno, C. 2011).

Dentro del Servicio de Emergencias Hospitalarias de Madrid España se efectúa el estudio en el cual identifican los siguientes diagnósticos enfermeros: descuido personal, deterioro de mantenimiento del hogar, riesgo de confusión aguda, deterioro de la memoria. Concluyen haciendo hincapié en la importancia de realizar evaluaciones geriátricas estructuradas recogiendo aspectos físicos así como psicosociales del paciente. (Fernández, J., Pardavila, M., & Vivar, C. 2012).

En la ciudad de Jaen España en un estudio en los adultos mayores que fueron dados de alta hospitalaria en el cual se obtuvo los siguientes diagnósticos enfermeros: Deterioro de la movilidad 50.3%, Ansiedad 50.3%, Riesgo de caídas 43.0%, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 36.4%, Intolerancia a la actividad 34.4%, Riesgo de estreñimiento 31.8%, Conocimiento deficientes 21.2%. Concluyendo que los resultados obtenidos se deben principalmente a aspectos fisiológicos, conductuales y de seguridad, que responden a una visión biomédica, propia de los servicios hospitalarios, que no puede concordar con la realidad del paciente (Villarejo, L., & Pancorbo, P. 2011).

En el ámbito de la Salud Bucodental en la ciudad de Tenerife España ejecutan un estudio en donde se señala los principales patrones de salud afectados según la taxonomía NANDA: percepción y manejo de la salud, nutricional y metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, sueño y reposo, cognitivo perceptivo, autopercepción y autoconcepto. Concretan esta artículo argumentando que existe la necesidad de seguir profundizando sobre la salud bucodental en el adulto mayor por su amplio impacto en la salud y calidad de vida, en el que la enfermera puede aportar para la mejora de la misma (Figueroa, L., Duarte, G., Gonzales, T., & Rufino, T. 2014).

Los principales patrones de salud afectados en relación con los diagnósticos enfermeros NANDA dentro de un estudio realizado en Córdova-España fueron los siguientes: trastorno del patrón del sueño r/c factores externos y m/p por múltiples despertares y descanso no reparador, desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo de calorías con relación a las necesidades metabólicas m/p obesidad, trastorno de la imagen corporal r/c obesidad m/p deseo de la paciente de adelgazar. Al concluir su estudio manifestaron que utilizando un plan de cuidados estandarizados en base los datos obtenidos en el estudio, ayuda al cumplimiento de los objetivos propuestos para el cuidado y permite garantizar una correcta calidad asistencial dentro del ámbito hospitalario (Martin, R., Berral, M., Estévez,E., Córdoba, A., & Zafra, M. 2014).

Otro estudio realizado en el programa del adulto mayor de un centro de salud, en la Ciudad de Chiclayo Perú identifican los siguientes diagnósticos enfermeros: riesgo de caídas 48%, ansiedad 38%, insomnio 25%, desequilibrio nutricional 11%, deterioro de la dentición 11%, Gestión ineficaz de la propia salud 10%. Terminan mencionando que los principales diagnósticos encontrados se relacionan directamente con cambios que acompañan al envejecimiento, dando paso patologías de salud y que suelen comprometer su calidad de vida (Toro, S., Carrillo, S., Fanning, M., & Larrain, G. 2014).

Los diagnósticos enfermeros reales que se presentan en mayor porcentaje en un estudio ejecutado en el Centro de Salud de Monsefu, Patapo- Perú, son: gestión ineficaz de su salud, deterioro de la dentición, trastornos de la percepción, riesgo a deterioro de la integridad cutánea, riesgo a lesión. El mismo que concluyen que este estudio se justifica, frente a la necesidad de brindar un cuidado enfermero holístico a la población adulta mayor no hospitalizada, que requiere de los servicios de los profesionales de enfermería, ya que se enfoca en identificar las respuestas humanas no sólo en los aspectos fisiológicos, sino también psicológicos, sociales y espirituales que se modifican con el proceso de envejecimiento (Fanning, M., & Vásquez, M. 2014).

En el marco legal el Ministerio de Inclusión Económica y Social señala en su artículo 35 que las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados, en especial en los campos de inclusión social, económica y protección contra la violencia (MAIS, 2012).

El Estado Ejecutivo Ecuatoriano implementa El Plan nacional del buen vivir, en donde se garantiza la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la

diversidad, el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, Así mismo la protección especial universal y de calidad, durante el ciclo de vida, a personas en situación de vulneración de derechos señalado en su segundo objetivo. (Plan nacional del buen vivir 2013-2017).

A esto se suma el Modelo de Atención Integral en el cual se refiere a los Adultos Mayores, como grupo prioritario cuyo objetivo es brindar una adecuada atención al adulto según cada realidad social y cultural que responda a las expectativas y necesidades de salud y contribuya efectivamente al mejoramiento continuo de la salud de este grupo etáreo (MAIS, 2012).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos afirma que en nuestro país hay 1'229.089 adultos mayores, conformando el 7% de la población del Ecuador, cifra que irá en aumento, para el año 2050 se estima que los adultos mayores representarán el 18% de la población ecuatoriana (INEC, 2010).

La esperanza de vida de la población en el Ecuador que en el 2010 fue de 75 años, para el 2050 subirá a 80,5 años. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres (INEC, 2011)

Según datos del Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones las principales causas de mortalidad en el Ecuador en el año 2013 se registraron 4.695 muertes a causa de Diabetes mellitus, con un porcentaje de 7,44% y una tasa de mortalidad de 29,76. Enfermedades hipertensivas, con un porcentaje de 6,64% y una tasa de mortalidad 26,56, seguido de influenza y neumonía 6.41% y una tasa de mortalidad, y enfermedades cerebrovasculares 6.20% y una tasa de mortalidad de 21.96 (Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones (INEC, 2013).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social en su informe del periodo 2005 – 2010 indica que la tasa de mortalidad a nivel nacional 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 (MIES, 2012)

Dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Publica el siguiente proyecto "Diagnósticos Enfermeros frecuentes en el Adulto Mayor", se ubica en las siguientes líneas de investigación: área 1: infecciones comunes, línea: diarrea/Infecciones respiratorias, sublinea: higiene individual/salud ocupacional,

área 3: nutrición, línea: desnutrición/deficiencia de micronutrientes, sublinea: relación aspectos culturales y desnutrición./seguridad alimentaria, agro-industria y su relación con la deficiencia de micronutrientes, área 6: cardiovasculares y circulatorias, línea: enfermedad cardiaca hipertensiva, sublinea: autocuidado del paciente, área 11: salud mental y trastornos del comportamiento, línea: depresión y distimia, sublinea: grupos vulnerables, área 12: respiratorias crónicas, línea: enfermedad pulmonar intersticial, sublinea: calidad de vida y cuidados paliativos, área 14: endocrinas. línea: diabetes mellitus, sublinea: Hábitos, área 15: urinarias. Línea: glomerulonefritis, sublinea: complicaciones y secuelas, área 16: gastrointestinales, línea: enfermedad inflamatoria intestinal, sublinea: Calidad de vida y cuidados paliativos, área 17: neurológicas, línea: alzheimer/migraña y cefalea tensional, sublinea: calidad de vida y cuidados paliativos (MSP, 2013).

Según las preferencias de investigación planteadas dentro del Área de la Salud en el ámbito de Enfermería el proyecto de investigación que lleva consigo el tema de Diagnósticos Enfermeros frecuentes en el Adulto Mayor, se ubica en la línea 15 que corresponde a longevidad y Envejecimiento en el País y la Región Sur del País (UNL, 2009).

El Adulto Mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, en al que se supone que los proyectos personales en su mayoría se han consumado, haciendo posible disfrutar de lo que queda de su existencia con mayor tranquilidad (Piña, J. 2011).

NANDA Internacional, define el diagnóstico enfermero como un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad (NANDA, 2012).

La presente propuesta se realizará en el Centro de Acción social Matilde Hidalgo ubicado en el Cantón Loja, la parroquia El Sagrario, Barrio Central en las calles Sucre y José Antonio Eguiguren esquina y en el barrio Ceibopamba ubicado en la Parroquia Malacatos. El Centro de Acción Social Matilde Hidalgo con gran enfoque y sentido moral y solidario dentro de su política social está a cargo de velar por las personas Adultas Mayores para lo cual cuenta con un Comedor del Adulto Mayor, que dispone de personal calificado para ofrecer los servicios que las personas adultas mayores lo requieren.

El Centro de Acción Social cuenta con un equipo de salud que se encuentra integrado por:

- Médico
- Trabajadora Social
- Terapista Ocupacional
- Coordinador General del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo.
- Responsable (Comedor del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo).
- Contador
- Tesorero
- Dos auxiliares de cocina
- Personal de limpieza.

El siguiente estudio se llevará a cabo en un periodo de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

El grupo de estudio que participará en la presente propuesta corresponde a 80 Adultos Mayores, de 65 años y más.

La viabilidad para el desarrollo del siguiente proyecto existe, ya que se cuenta con el apoyo y colaboración del personal institucional y de los adultos mayores que concurren al centro.

En el Centro de Acción Social Matilde Hidalgo es posible y factible trabajar con la población adulta mayor y personal institucional ya que existe la disponibilidad de los mismos.

Se medirá la variable independiente: (Anexo 1) Adulto Mayor a través de los indicadores de sexo y edad, y la variable dependiente: Diagnósticos Enfermeros en la cual se tomará como indicadores los patrones funcionales de salud, que son los siguientes: patrón de manejo y percepción de la salud, nutricional -metabólico, eliminación, actividad- ejercicio, reposo- sueño, cognitivo perceptivo, autopercepción-autoconcepto, rol relaciones, sexualidad-reproducción, afrontamiento-tolerancia al estrés, valores-creencias, dentro de este contexto es necesario determinar, ¿Cuáles son los diagnósticos enfermeros frecuentes en adultos mayores que acuden al Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja?.

c. JUSTIFICACIÓN:

El cambio demográfico mundial produce un impacto en la salud pública; al existir un incremento en el índice de envejecimiento, la atención de salud dirigida al adulto mayor deberá enfocarse primordialmente en el cuidar y prevenir antes que en el curar.

Según la Organización Mundial de la Salud, los aproximadamente 59 millones de adultos mayores en el año 2010, aumentarán a casi 200 millones en el año 2050. La esperanza de vida a los 60 años también se incrementará de manera sostenida, estimándose que 81% de las personas que nacen en la Región superará los 60 años de edad, y que 42% de ellas, sobrepasarán los 80 años de vida (OPS, 2010).

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010).

Según datos del Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones las principales causas de mortalidad en el ecuador en el año 2013 se registraron 4.695 muertes a causa de Diabetes mellitus, con un porcentaje de 7,44% y una tasa de mortalidad de 29,76. Enfermedades hipertensivas, con un porcentaje de 6,64% y una tasa de mortalidad 26,56, seguido de inluenza y neumonía 6.41% y una tasa de mortalidad, y enfermedades cerebrovasculares 6.20% y una tasa de mortalidad de 21.96 (Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones (INEC, 2013).

Para las personas adultas 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 (MIES, 2012).

La atención del adulto mayor requiere una valoración integral basada en aspectos biológicos, funcionalidad, actividades de la vida diaria, dinámica familiar, social, estado emocional y psicológico; el equipo de salud debe trabajar conjuntamente para identificar y evaluar no solo los problemas habituales del área biológica, sino también aspectos y factores de riesgo que en ocasiones se ignoran, y que sin duda afecta la calidad de vida del adulto mayor (Piña, J. 2011).

Siendo un tema de actualidad al considerarse tan importante la valoración integral en adulto mayor, nace la necesidad de realizar esta investigación con el fin de evaluar el estado de salud de esta población e identificar los principales diagnósticos enfermeros existentes del adulto mayor que acuden al Centro de Acción Social Matilde Hidalgo;

tomando en cuenta las principales patologías, su estado funcional, mental y social, basada en los 11 patrones funcionales de Maryuri Gordon, para obtener un diagnóstico de su situación de salud..

Los resultados de la presente investigación servirán de ayuda para construir una base, la cual permitirá realizar un plan de intervención que aporte bienestar y calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los diagnósticos enfermeros frecuentes en el adulto mayor del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer la edad y sexo de los adultos mayores que acuden al centro.
- Señalar los Patrones funcionales de Salud afectados con mayor frecuencia en los Adultos Mayores.
- Identificar los diagnósticos enfermeros en los adultos mayores del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja.
- Proporcionar la información obtenida a las Autoridades del Centro de Acción Social.

e. MARCO TERICO

En el marco conceptual, el Modelo de Atención Integral de Salud en lo que corresponde al adulto mayor se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana (MAIS 2012).

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

Articulo 36 Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (Constitución de la República del Ecuador 2008).

El Ministerio de Inclusión Económica Social en su marco conceptual de las competencias, expresa que es el ente rector de las políticas sociales del Estado Ecuatoriano. Esta institución lidera la inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del capital humano, así como en la protección y cuidado de las personas adultas mayores. Para cumplir estos fines, se establecen políticas públicas que se sustentan en un análisis de las condiciones estructurales de las personas adultas mayores; y que toman en consideración su situación actual, a través de la identificación de sus problemáticas y en la búsqueda del cumplimiento de sus derechos (MIES 2012).

Para nuestro país, la reflexión sobre el Estado Constitucional de Derechos y de Justicia se vincula al concepto de garantía de los derechos y sus distintas manifestaciones; así como los derechos fundamentales y los específicos que tienen los grupos poblacionales de atención prioritaria, entre los que están las personas adultas

mayores, los órganos de tutela de los derechos, facultades y el acceso a la justicia (MIES 2012).

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir presenta una postura política muy definida y constituye la guía de gobierno que el país aspira tener y aplicar en los próximos cuatro años.

El Buen Vivir se planifica, no se improvisa, es la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad, no es buscar la opulencia ni el crecimiento económico infinito (Plan Nacional del Buen Vivir 2013).

Los objetivos se encuentran constituidos por doce objetivos nacionales para el Buen Vivir, sus políticas, líneas estratégicas y metas para el periodo 2013-2017, y constituye el corazón del Plan Nacional. Los objetivos están organizados en tres ejes:

1) Cambio en las relaciones de poder para la construcción del poder popular.
2) Derechos, libertades y capacidades para el Buen Vivir.
3) Transformación económica-productiva a partir del cambio de la matriz productiva.

En lo que respecta el Objetivo nº 2 auspiciarla igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social se encuentra directamente relacionado con los adultos mayores ya que incluye el reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos implica la consolidación de políticas de igualdad que eviten la exclusión y fomenten la convivencia social y política. El desafío es avanzar hacia la igualdad plena en la diversidad, sin exclusión, para lograr una vida digna, con acceso a salud, educación, protección social, atención especializada y protección especial.

Planteándose las siguientes metas en donde involucra directamente a los adultos mayores:

- Generar acciones de difusión, concienciación, fomento y respeto de los derechos humanos, con énfasis en los derechos de niños y niñas, adolescentes y jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, personas LGBTI y personas con discapacidad.
- Estructurar un sistema nacional de cuidados que proteja a los grupos de atención prioritaria en todo el ciclo de vida, particularmente en la infancia, para facilitar una vida digna a los adultos mayores y a las personas con discapacidad, con enfoque de género y pertinencia cultural y geográfica (Plan Nacional del Buen Vivir 2013).

El Adulto Mayor

La etapa del adulto mayor se considera como la última de la vida, en al que se supone que los proyectos personales en su mayoría se han consumado, haciendo posible disfrutar de lo que queda de su existencia con mayor tranquilidad PIÑA., (2011).

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores. Para este motivo es útil clasificarlas en tres grandes grupos:

El proceso de crecimiento y desarrollo de todo individuo es biopsicosocial y también espiritual que inicia con la concepción y finaliza con la muerte PIÑA., (2011).

Envejecer es un proceso tan natural como el nacimiento y el crecimiento, sin embargo en la actualidad, en la sociedad se establecen estándares de la vida que se centran en la etapa productiva de la persona, ubicando dicho periodo en las edades cronológicas de 18 a 60 años. La etapa final de la vida se inicia aproximadamente a los 65 años.

Cuando el ser humano envejece no es lo mismo que enfermar, si bien en la denominada tercera edad aparece un gran número de enfermedades que, asociadas a las pérdidas funcionales, determinarán el grado de compromiso del adulto mayor, deberán también tomarse en cuenta aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de las mismas, así como los factores ambientales vinculados al estilo de vida, como la actividad física, la alimentación y los factores de riesgo a los que el individuo está o estuvo expuesto, como su actividad laboral, tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícitas. Cuanta más información obtengamos de la vida del individuo mejor comprenderemos el estado funcional, orgánico y psicológico del adulto mayor (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

La última etapa de la vida (Envejecimiento) se presenta se define como la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse a del medio ambiente, lo que requiere especial atención sanitaria. Esta etapa comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo

aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en las etapas avanzadas de la vida (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

El envejecimiento se inicia al nacer y es de naturaleza multifactorial que se caracteriza por perdida de vitalidad, que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión , y en último término conduce a la muerte (Domarus., A, 2012).

La senectud, además de ser un progresivo deterioro generalizado de la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte, así como con cambios en la situación económica en la composición de la familia y el hogar y las relaciones sociales; todo esto puede influenciar en los cambios de estado de salud (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

Muchos de los problemas y limitaciones que afectan al adulto mayor son originados por las diversas patologías que los afecta, los cambios fisiológicos que se van presentando, como consecuencia del proceso natural del envejecimiento, juegan un papel muy importante en la condición general, tanto física como mental, a esta edad.

Dentro de las características generales del envejecimiento se produce una disminución funcional de origen interno, la cual es de ocurrencia universal e irreversible, con un desarrollo lineal y con una velocidad variable de deterioro, siendo este diferente entre órganos y sistemas dentro del individuo y aun entre los mismos seres humanos (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

La disminución de la capacidad en la reserva funcional es la principal característica del proceso fisiológico de envejecimiento que sufre el ser humano y que se hace evidente en los momentos en que se necesita de ella (por ejemplo: estrés, enfermedad, esfuerzo físico, etc.).

Neurológicamente se aprecia una atrofia cerebral por disminución del número de neuronas, así como de dendritas, enzimas y receptores, y una disminución de la síntesis

de neurotransmisores, tanto catecolinérgicos como dopaminérgicos, que explican de algún modo la disminución cognitiva (memoria, concentración, atención, capacidad visuo-espacial, conceptualización, inteligencia general) y las fallas en la coordinación de movimientos, que se presentan frecuentemente en este grupo etario. Se produce también una disminución de los reflejos posturales (inestabilidad, caídas) y una disminución del estadio 4 del sueño (rápido despertar, insomnio).

El sensorio no escapa de estos compromisos y se presenta una disminución del umbral sensitivo en general, una disminución de la acomodación ocular, una opacificación de los lentes intraoculares, un adelgazamiento de la retina, con los consabidos problemas de la disminución de la agudeza visual y de la visión nocturna. También a una mayor frecuencia de elevación de la presión intraocular. En los oídos se produce una esclerosis de los huesecillos y una disminución en la audición de alta frecuencia, así como una menor irrigación vascular, lo cual explican los problemas auditivos y en parte el tinitus, la olfacción y la gustación pueden encontrarse disminuidas discretamente (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

También los cambios en el sistema nervioso asociados a la edad pueden afectar al sueño, los mismos que pueden darse a nivel químico, estructural y funcional resultando así una desorganización del sueño y la interrupción de los ritmos cardiacos (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Numerosos son los cambios fisiológicos que van presentándose durante el proceso de envejecimiento. Desde el punto de vista general se produce un aumento de la grasa corporal de un 14 a un 30% y una disminución del agua corporal total, sobre todo en el compartimento intracelular, por lo que hay mayor tendencia a la deshidratación, en algunos casos al sobrepeso y en una mayor permanencia de las drogas lipofílicas. Este aumento de la grasa corporal se concentra principalmente a nivel abdominal y visceral en los hombres, y en las mamas y en la pelvis, en las mujeres.

La disminución de la masa y de la fuerza muscular no le permite enfrentar con éxito los requerimientos de mayor fortaleza y de mayor rapidez en la movilidad. La disminución de la densidad ósea hará más frágiles sus huesos (osteopenia/osteoporosis) por lo que pueden fracturarse más rápidamente. También se presentan fatiga del cartílago articular, fibrosis de la membrana sinovial, disminución del ácido hialurónico sinovial, disminución de la matriz no colagenosa de los meniscos y tendones,

disminución del agua, del ácido hialurónico y de los proteoglicanos de los núcleos pulposos, todo lo cual hace más vulnerable al tejido músculo-esquelético, sobre todo cuando se trata de esfuerzos físicos, produciéndose limitación funcional y caídas (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

La piel del adulto mayor sufre múltiples cambios relacionados con la edad, se observa una disminución del grosor y elasticidad de la piel que contribuye a dar un aspecto arrugado y flácido a la piel de la cara, el cuello y los brazos.

Aunque se produce cambios en todos los sistemas del organismo a lo largo de toda la vida, los cambios en la piel y el pelo son más visibles y pueden afectar a la percepción y autoestima personal.

Los cambios relacionados con loa edad en el aspecto de la piel están correlacionados con cambios funcionales y el declive global en la función de la piel con el proceso de envejecimiento. El envejecimiento de la piel se divide en dos tipos:

- Envejecimiento intrínseco que está causado por factores intrínsecos como la constitución genética y el proceso normal de envejecimiento.
- Envejecimiento extrínseco, que es el resultado de los factores extrínsecos como la exposición a la luz ultravioleta, tabaquismo y la contaminación ambiental.

Con el envejecimiento se observa una reducción en el tamaño, número y función tanto de las glándulas ecrinas como apocrinas, teniendo como consecuencia una reducción en la capacidad del adulto mayor para regular la temperatura corporal a través de la transpiración y evaporación de la piel (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

A nivel de la epidermis, como de la dermis y del tejido subcutáneo, disminuye su contenido de grasa y de los apéndices cutáneos, se produce una disminución de los melanocitos, de las células de Langerhans, de la membrana basal, de los keratinocitos, que trae como consecuencia la disminución de la cicatrización, de la fotoprotección, de la producción de vitamina D, de las reacciones de hipersensibilidad, de la adhesión epidermis-dermis y un incremento en la generación de ampollas.

En la dermis se produce una disminución de colágeno y de la elastina (disminución de la turgencia y elasticidad), así como de los mastocitos, de elementos neurales y de vasos sanguíneos. La disminución de la grasa subcutánea trae como consecuencia la

disminución de la protección mecánica. En relación a los apéndices, existe una disminución del número y de la producción de las glándulas ecrinas, apocrinas y sebáceas, así como del número de pelos y de la velocidad de su crecimiento, todo lo cual trae como consecuencia una disminución de la termorregulación y algunos cambios cosméticos (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

A nivel bucal con el envejecimiento se produce un adelgazamiento del epitelio y una atrofia tisular en el tejido blando de la cavidad bucal. El factor individual más importante relacionado con la salud bucal durante el envejecimiento es el mantenimiento de una buena higiene bucal, sin embrago con el envejecimiento se hace más difícil mantener una buena higiene bucal debido a múltiples factores, como el número y el estado de los empastes dentales, cambio en la alineación entre los dientes adyacentes debido a la retracción de las encías , alteración de la agudeza visual, posible pérdida de la destreza manual, restricción de la amplitud de movimiento y los efectos de la medicación sobre la salud bucal (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Lo que corresponde a nivel visual incluyen encanecimiento y adelgazamiento de cejas y pestañas, aparición de arrugas en la piel que rodea a los ojos tiene lugar como resultado de la atrofia del tejido subcutáneo (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Los ojos pueden aparecer hundidos debido a la disminución de la grasa orbital y al hundimiento de los parpados (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Una disminución en las células endoteliales de la córnea reduce la sensibilidad ocular y el dolor lo que puede retrasar la recepción de necesidad de tratamiento de lesiones e infecciones, el arco senil , anillos de color gris amarillento alrededor de la córnea periférica, se desarrolla debido a depósitos de lípidos; sin embargo esta afección no está relacionada con hipercolesterolemia o anomalías lipídicas excepto de casos raros.

En los cristalinos se produce espesor y endurecimiento con la edad y aparecen amarillentos y opacos, reduciendo el espacio del humor acuoso y aumentando el riesgo de glaucoma (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

La audición con el envejecimiento se ve afectada en la apariencia externa de la oreja debido a la tendencia del pabellón auricular a arrugarse y a caerse. El cerumen o cera del oído producto por las glándulas ceruminosas es un hallazgo normal, este cerumen

tiende a secarse, endurecerse y acumularse en el conducto auditivo debido a la disminución de la actividad de las glándulas apocrinas. La sequedad del conducto también puede producir prurito y el recubrimiento epitelial del conducto auditivo puede irritarse fácilmente y lesionarse si se inserta cualquier objeto dentro del oído, aumentando el riesgo de infección (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

Los cambios en el oído interno supone atrofia del órgano de Corti y de las neuronas cocleares, perdida de las células pilosas sensitivas y degeneración de la estría vascular (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

A nivel cardiovascular, se produce una disminución de la "compliance" vascular arterial, con la subsecuente elevación de la presión arterial (sin llegar a grados de hipertensión) y disminución del flujo sanguíneo (la aterosclerosis hace más evidente este problema) con el resultado de isquemia de algunos órganos (corazón, cerebro, riñones, etc.). Concomitantemente, se produce una disminución de la respuesta b-adrenérgica (menor capacidad del bombeo cardiaco y de cronotropismo).

La sensibilidad de los baro receptores disminuye, por lo que existe una tendencia a la hipotensión ortostática, mientras que la disminución de la automaticidad del nódulo sinusal, hace al corazón más proclive al desarrollo de arritmias.

Otros cambios a nivel celular, tisular y fisiológico son: disminución del número de mocitos con aumento en su tamaño, aumento del tejido conectivo e incremento de la rigidez miocárdica, disminución de la velocidad de contracción y de la respuesta contráctil adrenérgica, aumento de la producción del péptido natriurético auricular, incremento del tejido colágeno en el sistema de conducción, acumulo graso alrededor del nodo sino-auricular, disminución de células marcapaso, discreta hipertrofia ventricular izquierda, relajación ventricular prolongada, rigidez de la aorta central y disminución de la vasodilatación mediada por endotelio.

Las consecuencias clínicas son la disminución del gasto cardiaco, la disminución de la frecuencia cardiaca máxima, elevación de la presión arterial sistólica aumento de la presión de pulso, vulnerabilidad a la hipotensión arterial, pobre respuesta compensatoria a cambios de la presión arterial, susceptibilidad al síncope e hipo-perfusión orgánica (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

En el aparato respiratorio hay una disminución de la elasticidad pulmonar y un aumento de la rigidez torácica, que no permiten una buena contracción-distensión pulmonar, con el consecuente déficit en el intercambio de gases. Se produce un incremento del volumen residual y de la capacidad pulmonar total, con una respuesta disminuida a la hipoxia e hipercapnia. La velocidad y producción del moco traqueal está alterada, así como el funcionamiento y eficiencia del aparato ciliar, además de un reflejo antitusígeno disminuido, todo lo cual no permite un buen movimiento de las secreciones bronquiales que se producen normalmente y una adecuada limpieza del árbol bronquial ("aclaramiento respiratorio"), con las consecuencias de una tendencia al desarrollo de infecciones respiratorias y de una función respiratoria disminuida, procesos que lo deterioran frecuentemente (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

Las implicaciones funcionales de estas cambios son una disminución de la recuperación elástica del pulmón que produce un aumento del volumen residual (la cantidad de aire que permanece en los pulmones al final de la exhalación), disminución de la capacidad vital (cantidad de aire que se mueve dentro y fuera con la inspiración y la espiración) y cierre prematuro de las vías aéreas en porciones dependientes de los pulmones, que a menudo atrapan aire en las vías aéreas superiores.

Con el cierre prematuro de las vías aéreas aumentan los desajustes de ventilación y de perfusión además disminuyen los niveles de oxígeno arterial aportando a que la cantidad de oxígeno en la sangre sea menor y la producción lenta e ineficaz del intercambio gaseoso (Tabloski, P., & Connell, W, 2010).

El aparato digestivo también presenta algunos problemas. La masticación, el flujo salival y el sentido del gusto están disminuidos. Los músculos faríngeos y la motilidad esofágica se encuentran también disminuidos. La producción de pepsina se puede alterar, así como el vaciamiento gástrico. Puede haber un adelgazamiento de la mucosa gástrica y la acidez gástrica está disminuida, por lo que algunas bacterias pueden pasar fácilmente al intestino y colonizarlo o agredirlo o también producirse una disminución de la eficiencia en los procesos digestivos. El tiempo del tránsito intestinal está retardado, con una disminución de la inervación, acompañándose de alteraciones en la absorción y la actividad enzimática (lactasa).

La motilidad colónica está disminuida, con una tendencia al estreñimiento o constipación y a la formación de divertículos. Hay un déficit en la contracción de la

zona anal, con disminución de la elasticidad de la pared muscular y de la inervación, por lo que puede haber incontinencia fecal con mayor facilidad. El hígado está disminuido de tamaño, y tanto el número de hepatocitos y del flujo sanguíneo se encuentran disminuidos. La función hepática está disminuida, con disminución de la demetilación, de la síntesis proteica y de la oxidación microsomal, por lo que los procesos metabólicos normales pueden sufrir una demora y una menor eficiencia (ej.: metabolismo de los fármacos).

El páncreas está disminuido de peso y de tamaño con disminución de las glándulas acinares y de la secreción pancreática. El vaciamiento de la vesícula biliar es más lento y hay una tendencia a la formación de cálculos biliares (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

En el aparato renal se producen algunos cambios, comenzando por los riñones, los cuales se encuentran disminuidos de peso disminuye un 20-30%, de tamaño y de volumen 10%/década, representando la pérdida de un gran número de glomérulos (30-40% a los 80 años), del tamaño glomerular, con engrosamiento de la membrana basal, aumento de la expansión del mesangio glomerular, un aumento de los glomérulos escleróticos y del número y longitud de los túbulos, así como la formación de divertículos tubulares, por lo que se afecta tanto la filtración glomerular como la capacidad de concentración-dilución urinaria, con la consecuencia del posible desarrollo de una menor depuración de sustancias tóxicas, de una falla renal rápida e inesperada, de una mayor vulnerabilidad patológica a cualquier tipo de estrés, a una toxicidad incrementada a los fármacos y a una tendencia al desbalance hidro-electrolítico.

Desde el punto de vista endocrinológico, existe una disminución de la función testicular y ovárica con el detrimento de las hormonas sexuales como la testosterona la cual disminuye la libido sexual y de los estrógenos (climaterio y menopausia), con elevación de las hormonas hipofisarias estimulantes (LH, FSH), una disminución de la absorción y activación de la vitamina D (osteopenia), una disminución de la homeostasis de la glicemia (hiperglucemia), una disminución de la producción de tiroxina (hipotiroidismo subclínico), un aumento de la hor- mona antidiurética (balance hídrico), una disminución de la hormona de crecimiento (disminución de la masa muscular), una disminución de la renina y de la aldosterona (hiponatremia/hiperkalemia). También se produce una alteración de la función

neuroendocrina, con disminución de la producción de neurotransmisores, como la dopamina, la norepinefrina y de los opioides. Todos estos cambios traen como consecuencia la disminución del estímulo de la secreción hipofisaria, una respuesta alterada al estrés, una mayor prevalencia de diabetes, osteopenia, disfunción sexual (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

El aparato genito urinario de la mujer sufre una atrofia de la mucosa uretral y vaginal (disconfort e infecciones urinarias), una atrofia, hiperplasia o ulceración vulvar (prurito, sequedad, dolor) y una relajación del piso pélvico (cistocele, rectocele, prolapso uterino, incontinencia urinaria), mientras que en el hombre se agranda la próstata (obstrucción e infección urinaria) y hay una menor secreción de fluidos, así como de espermatozoides incluyendo la limitación progresiva de la capacidad de erección y de eyaculación con aumento del periodo refractario tras la actividad sexual (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

En cuanto al sistema hemato inmunológico, hay una disminución de la reserva medular ósea (lenta y a veces inadecuada recuperación del balance sanguíneo), una disminución de la función de las células T y un aumento en la formación de auto-anticuerpos, con las consecuencias clínicas de una respuesta hematopoyética retardada, un rápido desarrollo de infecciones, sobre todo de tipo viral o mico-bacteriano y de presencia de pruebas falso-positivas (ej: Factor Reumatoide) (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

La mayoría de los cambios del sistema hematológico relacionado con el envejecimiento son debidos a la capacidad reducida de la medula ósea de forma rápida cuando se produce una enfermedad o una hemorragia .Sin embargo sin que se produzca una pérdida de sangre importante o el diagnóstico de una enfermedad grave, los cambios del envejecimiento de la medula ósea no son clínicamente significativos.

Alrededor de los 70 años, la cantidad de medula ósea en los huesos largos comienza a disminuir de forma continua. Entre los cambios adicionales del envejecimiento en el sistema hematológico son:

- Disminución en el número de células madre en la medula ósea.
- La administración d eritropoyetina para estimular la utilización de hierro es menos efectiva en las personas mayores que en las jóvenes.

- La función linfocitaria especialmente la inmunidad celular perece disminuir con la edad.
- La adhesividad plaquetaria aumenta con la edad.
- Los valores medios de hemoglobina y del hematocrito disminuyen ligeramente con la edad pero se mantiene dentro del rango de la normalidad (Melgar, F., & Penny, P. 2012).

Diagnósticos enfermeros NANDA.

"Existen numerosas definiciones sobre el concepto de diagnóstico de enfermería, habiéndose profundizado en su significado desde su utilización por primera vez por Florence Nightingale en 1857, durante la guerra de Crimea.

En los últimos años la NANDA ha promovido un lenguaje universal para que todos los profesionales de enfermería puedan desarrollar, mejorar y promover su terminología, la misma que se ve reflejada con precisión en el juicio clínico para mejorar la práctica.

La implementación de los diagnósticos mejora cada uno de los aspectos de la práctica enfermera, desde cosechar el respeto profesional a asegurar una documentación consistente que garantice la representación del juicio clínico profesional de las enfermeras y la documentación precisa que facilite el reembolso económico. NANDA existe con la finalidad de desarrollar, refinar y promover una terminología que refleje de forma precisa los juicios clínicos de las enfermeras.

La taxonomía NANDA es la práctica y ciencia de la categorización y la clasificación en la que incluye 235 diagnósticos enfermeros que están agrupados en 13 patrones o categorías de practica enfermera: manejo y percepción de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, de actividad y ejercicio, reposo y sueño, cognitivo - perceptivo, autopercepción - autoconcepto, rol relaciones, sexualidad - reproducción, afrontamiento tolerancia al estrés, valores y creencias,

Un diagnostico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud en el proceso vital o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona familia, grupo o comunidad.

Un diagnostico enfermero contiene típicamente dos partes:

- Descriptor o modificador.

- Foco del diagnóstico o concepto clave del mismo.

Cada diagnostico posee una etiqueta y una definición clara además de indicadores diagnósticos los cuales incluyen:

5. **Características definitorias._** son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnostico una valoración que identifica la presencia de un determinado número de características que apoyan la precisión del diagnóstico enfermero. (Ejemplo signos y síntomas).
6. **Factores relacionados._** son un componente integral de todos los diagnostico enfermeros focalizados en el problema al mismo tiempo son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnostico enfermero. Los factores relacionados se hallan frecuentemente en la revisión de la historia del paciente, siempre que sea posible las intervenciones enfermeras deberán dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero.
7. **Factores de riesgo._** son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable.

Tipos de diagnósticos

Diagnóstico enfermero real.- Describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves.

Diagnóstico de salud o bienestar: Es un diagnostico real que se formula cuando la persona, la familia o la comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Se formulan en una sola parte: etiqueta diagnostica (problema).

Diagnóstico potencial o de riesgo: Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables. La formulación es este caso sólo consta de dos partes: problema y causa. Al formular el diagnostico debe incluirse la palabra riesgo de.

Dentro del uso de los diagnósticos enfermeros esta la descripción de los fundamentos, aunque está dirigida principalmente a estudiantes de enfermería y enfermeras que se inician en el aprendizaje de los diagnósticos, puede beneficiar a todas las enfermeras, ya que destaca aspectos críticos en el uso de los diagnósticos y proporciona ejemplos de áreas en las que se puede producir un diagnostico poco preciso.

Un área necesita continuo énfasis, por ejemplo, es el proceso de relacionar el conocimiento de los conceptos enfermeros subyacentes con la valoración y finalmente con el diagnostico enfermero.

La comprensión de la enfermera de los conceptos clave dirige tanto al proceso como a la interpretación de los datos de la valoración.

Al representar el conocimiento de la ciencia enfermera, la taxonomía proporciona la estructura para un lenguaje estandarizado con el que comunicar los diagnósticos enfermeros usando la terminología NANDA.

El uso de los diagnósticos enfermeros ayuda con la interacción entre pacientes y familias en lo que respecta al cuidado implicándose en el mismo.

Patrones Funcionales de Salud.

Patrón 1: Manejo y Percepción de la Salud.

Patrón 2: Nutricional- Metabólico.

Patrón 3. Eliminación.

Patrón 4: Actividad y Ejercicio.

Patrón 5: Reposo y Sueño.

Patrón 6: Cognitivo Perceptivo.

Patrón 7: Autopercepción-automanejo.

Patrón 8: de rol Relaciones.

Patrón 9: de Sexualidad y Reproducción.

Patrón 10: de Afrontamiento-tolerancia al estrés.

Patrón 11: de Valores y Creencias.

Dominios, Clases y Diagnósticos relacionados con el adulto mayor.

DOMINIO 1. MANEJO DE LA SALUD

CLASE 1. TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD.

Diagnósticos:

00097 Déficit de actividades recreativas._ Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.

00168 Estilo de vida sedentario._ Informe sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

CLASE 2. GESTIÓN DE LA SALUD.

Diagnósticos:

00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud._ Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud

00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud._ Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

00078 Gestión ineficaz de la salud._ Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

00079 Incumplimiento._ Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o la comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud._ Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

00043 Protección ineficaz._ Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones

CLASE 1. INDIGESTION.

Diagnósticos:

00103 Deterioro de la deglución._ Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

00163 Disposición para mejorar la nutrición._ Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado.

00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales._ Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

00232 Obesidad._

00233 Sobrepeso.

00234 Riesgo de sobrepeso.

CLASE 2. DIGESTIÓN.

Actividades fiscas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y la asimilación (no hay diagnostico por el momento).

CLASE 3. ABSORCION.

A acción de transportar los nutrientes a los tejidos corporales (no hay diagnostico por el momento).

CLASE 4. METABOLISMO.

Diagnósticos:

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática._ Riesgo de disminución de la función hepática que puede comprometer la salud.

00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable._ Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa /azúcar en sangre.

CLASE 5. HIDRATACION.

Diagnósticos:

00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico._ Riesgo de cambio en el nivel de electrólitos séricos que puede comprometer la salud.

00027 Déficit de volumen de líquidos._ Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular

00026 Exceso de volumen de líquidos._ Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

DOMINIO 3. ELIMINACION E INTERCAMBIO.

CLASE 1. FUNCIÓN URINARIA.

Diagnósticos:

00016 Deterioro de la eliminación urinaria._ Disfunción de la eliminación urinaria._ Patrón de la función urinaria que es suficiente para satisfacer las necesidades de eliminación y puede ser reforzado.

00020 Incontinencia urinaria funcional._ Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.

00176 Incontinencia urinaria por rebosamiento._ Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga.

0018 Incontinencia urinaria refleja._ Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.

0019 Incontinencia urinaria de urgencia._ Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

00022 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia._ Riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina asociada a una sensación súbita e intensa de urgencia de orinar

00023 Retención urinaria._ Vaciado incompleto de la vejiga.

CLASE 2. FUNCIÓN GASTROINTESTINAL

Diagnósticos:

00013 Diarrea._ Eliminación de heces líquidas, no formadas.

00011 Estreñimiento._ Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

00235 Estreñimiento funcional crónico._ Ausencia de eliminación fecal permanente.

00014 Incontinencia fecal._ Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional._ Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

00197 Riesgo de mortalidad gastrointestinal disfuncional._ Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

CLASE 3. FUNCIÓN TEGUMENTARIA

Proceso de secreción y excreción a través de la piel (ningún diagnostico hasta la actualidad).

CLASE 4. FUNCIÓN RESPIRATORIA.

Diagnóstico:

00030 Deterioro del intercambio de gases._ Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO.

Clase 1. SUEÑO Y REPOSO.

Diagnósticos:

00095 Insomnio._ Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

00096 Deprivación de sueño._ Períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).

00198 Trastorno del patrón del sueño._ Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debida a factores externos.

CLASE 2. ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

Diagnósticos:

00088 Deterioro de la ambulación._ Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

00091 Deterior de la movilidad en la cama._ Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

00089 Deterior de la movilidad en la silla de ruedas._ Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno.

00085 Deterioro de la movilidad física._ Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

00040 Riesgo de síndrome de desuso._ Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable

CLASE 3. EQUILIBRIO DE LA ENERGIA.

Diagnósticos:

00093 Fatiga._ Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

00154 Vagabundeo._ Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con las fronteras, los límites a los obstáculos.

CLASE 4. RESPUESTA CARDIOVASCULARES Y PULMONARES.

Diagnósticos:

00029 Disminución del gasto cardiaco._ La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo

00032 Patrón respiratorio ineficaz._ La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

00202 Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz._ zRiesgo de disminucón de la circulación gastrointestinal.

00203 Riesgo de perfusión renal ineficaz._ Riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.

00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca._ Riesgo de disminución de la circulación cardíaca (coronaria).

00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz._ zRiesgo de disminución de la circulación tisular cerebral.

00204 Perfusión tisular periférica ineficaz._ Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

00092 Intolerancia a la actividad._ Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

00094 Riesgo de intolerancia a la actividad._ Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas

CLASE 5. AUTOCUIDADO.

Diagnósticos:

00102 Déficit de autocuidado: alimentación._ Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.

00108 Déficit de autocuidado: baño._ Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene.

00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro._ Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de evacuación

00109 Déficit de autocuidado: vestido._ Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

00182 Disposición para mejorar el autocuidado._ Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

00193 Descuido personal._ Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que amplían una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud.

00098 Deterioro del mantenimiento del hogar._ Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento.

DOMINIO 5 COGNITIVO PERCEPTIVO

CLASE 1. ATENCION.

Diagnóstico:

00123 Desatención unilateral._ La desatención del lado izquierdo es más persistente y severa que la desatención del lado derecho.

CLASE. 2 ORIENTACION.

Conciencia del tiempo lugar y persona (ningún diagnostico disponible por el momento).

CLASE 3. SENSACION Y PERCEPCION.

Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y el reconocimiento de patrones (ningún diagnostico disponible por el momento).

CLASE 4. COGNICION.

Diagnósticos:

00128 Confusión aguda._ Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

00129 Confusión crónica._ Deterioro irreversible, de larga duración o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales: reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.

00173 Riesgo de confusión aguda._ Riesgo de aparición de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

00126 Conocimientos deficientes._ Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

00131 Deterioro de la memoria._ Pérdida total o parcial de memoria.

CLASE 5. COMUNICACIÓN.

Diagnósticos:

00051 Deterioro de la comunicación verbal._ Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION.

CLASE 1. AUTOCONCEPTO.

Diagnósticos:

00124 Desesperanza._ Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

00121 Trastorno de identidad personal._ Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

CLASE 2. AUTOESTIMA.

Diagnósticos:

00119 Baja autoestima crónica._ Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.

00120 Baja autoestima situacional._ Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

00153 Riesgo de baja autoestima situacional._ Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

CLASE 3. IMAGEN CORPORAL.

Diagnóstico:

00118 Trastorno de la imagen corporal._ Confusión en la imagen mental del yo físico.

DOMINIO 7: ROL RELACIONAES.

CLASE 1. ROLES DEL CUIDADOR.

Diagnóstico:

00057 Riesgo de deterioro parental._

DOMINIO 8 SEXUALIDAD

CLASE 1. IDENTIDAD SEXUAL.

Reconocerse como una persona especifica en relación con la sexualidad y el género (ningún diagnostico por el momento).

CLASE 2. FUNCION SEXUAL.

Diagnósticos:

00059 Disfunción sexual._ Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se contempla como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.

00065 Patrón sexual ineficaz._ Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

CLASE 3. REPRODUCCION.

Diagnósticos: Ninguno relacionado con el adulto mayor.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

CLASE 1. RESPUESTAS POSTRAUMATICAS.

Diagnósticos:

00141 Síndrome postraumático._ Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.

00145 Riesgo de síndrome postraumático._ Riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático o abrumador.

CLASE 2. RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO.

Diagnósticos:

00137 Aflicción crónica._ Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado (por un familiar, cuidador, individuo con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

00071 Afrontamiento defensivo._ Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

00069 Afrontamiento ineficaz._ Incapacidad para formulas una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

00146 Ansiedad._ Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal se alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

00147 Ansiedad ante la muerte._ Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

00136 Duelo._ Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas,

familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

00135 Duelo complicado._ Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional.

00172 Riesgo de duelo complicado._ Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

00072 Negación ineficaz._ Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

00199 Planificación ineficaz de las actividades._ Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

00125 Impotencia._ Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

00152 Riesgo de impotencia._ Riesgo de percibir una falta de control sobre la situación o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

00210 Deterioro de la resiliencia._ Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

00212 Disposición para mejorar la resiliencia._ ción personal Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que puede reforzarse para optimizar el potencial humano.

00148 Temor._ Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

CLASE 3. ESTRÉS NEUROCOMPORTAMENTAL.

Diagnósticos:

00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal._ Compromiso de los mecanismos de la dinámica de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no

00009 Disrefléxia autónoma._ Respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático ante un estímulo nocivo tras una lesión medular a nivel D7 o superior.

00010 Riesgo de disrefléxia autónoma._ Riesgo de respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema simpático tras un shock medular, en una persona con una alteración o lesión en la médula espinal a nivel D6 o superior.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES.

CLASE 1. VALORES.

Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos (ningún diagnostico por el momento).

CLASE 3. CONGRUENCIA ENTRE VALORES, CREENCIAS Y ACCIONES.

Diagnósticos:

00083 Conflicto de decisiones._ Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias personales

00066 Sufrimiento espiritual._ Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo

00067 Riesgo de sufrimiento espiritual._ Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la

persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.

00175 Sufrimiento moral._ Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION.

CLASE 1. INFECCION

Diagnóstico:

00004 Riesgo de infección._ Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

CLASE 2. LESION FISICA.

Diagnósticos:

00036 Riesgo de asfixia._ Aumento del riesgo de asfixia accidental (aire disponible para la inhalación inadecuado).

00039 Riesgo de aspiración._ Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

00155 Riesgo de caídas._ Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

00048 Deterioro de la dentición._ Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura.

00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

00046 Deterioro de la integridad cutánea._ Alteración de la epidermis y/o dermis.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea._ Riesgo de alteración cutánea adversa.

00044 Deterioro de la integridad tisular._ Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

00035 Riesgo de lesión._ Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas._ Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables

00045 Deterioro de la mucosa oral._ Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.

00206 Riesgo de sangrado._ Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

00205 Riesgo de shock._ Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida.

00038 Riesgo de traumatismo._ Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (p. Ej., una herida, una quemadura, una fractura).

00213 Riesgo de traumatismo vascular._ Riesgo de lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones.

CLASE 3. VIOLENCIA.

Diagnósticos:

00151 Automutilación._ Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión

00139 Riesgo de automutilación._ Riesgo de conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

00150 Riesgo de suicidio._ Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida

00140 Riesgo de violencia autodirigida._ Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.

00138 Riesgo de violencia dirigida a otros._ Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros.

CLASE 4. PELIGROS DEL ENTORNO.

Diagnósticos:

00181 Contaminación._ Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.

00037 Riesgo de intoxicación._ Aumento del riesgo de exposición o ingestion accidental de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación

CLASE 6. TERMORREGULACION.

Diagnósticos:

00007 Hipertermia._ Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

00006 Hipotermia._ Temperatura corporal por debajo del rango normal.

00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal._ Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

00008 Termorregulación ineficaz._ Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

DOMINIO 12: CONFORT.

CLASE 1. CONFORT FISICO.

Diagnósticos:

00214 Disconfort._ Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social.

00132 Dolor agudo._ Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

00133 Dolor crónico. _ Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

00134 Nauseas._ Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar

CLASE 3. CONFORT SOCIAL

Diagnósticos:

00053 Aislamiento social. _ Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

00054 Riesgo de soledad._ Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás. (NANDA, 2012).

f. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La tipología del proyecto de investigación a realizar será de tipo cualitativo, cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional, mediante la valoración de los patrones funcionales de Maryuri Gordon.

Área de estudio

El área de estudio en donde se realizará el siguiente proyecto se ubica en el Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja, ubicado en la parroquia El Sagrario, Barrio Central en las calles Sucre y José Antonio Eguiguren esquina y en el barrio Ceibopamba ubicado en la Parroquia Malacatos.

Universo y Muestra

El universo de estudio estará constituido por 45 adultos/as mayores aproximadamente que concurren al centro en horario de lunes a viernes de 08: OO de la mañana a 12: OO del día y 35 Adultos Mayores del Barrio Ceibopamba ubicado en la Parroquia Malacatos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El método que se utilizarán para la recolección de datos durante la realización del presente proyecto mediante el uso de técnicas e instrumentos en base los Patrones de Funcionales de Salud de Maryuri Gordon, El método que se utilizarán para la recolección de datos durante la realización del siguiente proyecto es la valoración del

adulto mayor a través de la observación, manejando la técnica de la entrevista y como instrumento las guías de valoración de los patrones funcionales de la salud en los que encontramos:

Guía de valoración de los patrones funcionales que corresponden al manejo-percepción de la salud, constituido por los siguientes indicadores: antecedentes personales, estado de salud: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, vacunas, alergias conocidas, higiene personal, problemas: grado de información y actitud sobre su enfermedad y sus cuidados, Aspectos preventivos. Hábitos tóxicos, tratamiento farmacológico, medicinas alternativas, automedicación, Observación: Aspecto general (aseado/desaseado), Habilidad de relaciones (tranquilo).

A continuación, la guía de valoración del segundo patrón funcional de salud como es nutricional- metabólico en este patrón se tomaran como indicadores, numero habitual de comidas y tentempiés, tipo de dieta (características), dificultades en la masticación, deglución, digestión, cambios recientes de peso, ingesta de líquidos/día, tipo, elaboración de alimentos, suplementos nutritivos, relación enfermedad/alimentación, repercusiones, presencia/ausencia (alteraciones alimentarias), observación y exploración: talla, peso, imc, temperatura corporal, integridad de piel mucosas, pelo, uñas y dientes.

Continuamos con la guía de valoración del tercer patrón de salud que es eliminación, el cual se encuentra constituido por los siguientes indicadores, eliminación intestinal: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares, eliminación urinaria: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares, eliminación urinaria: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares, revisiones, transpiración: alteración, observación / exploración, osteomías, catéteres, hemorroides, fistulas.

Guía de valoración del cuarto patrón de salud actividad-ejercicio bajo los siguientes indicadores como son las actividades habituales de la vida diaria (avd), , caídas, ocio/ recreo (hobbies, tiempo libre), factores que condicionan la actividad: déficit neuromuscular, disnea, espasmos musculares con el ejercicio, ect., habilidades para el autocuidado: vestirse (las partes superior e inferior del cuerpo), bañarse, alimentarse, uso del inodoro, si es independiente, dependiente, observación / exploración:pulso, respiraciones/ minuto, Masa muscular, fuerza, constitución corporal.

Seguido la guía de valoración del quinto patrón de salud reposo y sueño tomando en cuenta los siguientes indicadores, sueño (horas/día, problemas, medidas auxiliares), hora de dormirse y despertarse, observación, cansancio, ojos cansados, bostezos.

Para el sexto patrón de salud cognitivo perceptivo nos guiaremos por los siguientes indicadores como la descripción de los órganos de los sentidos: nivel de instrucción (capacidad de aprendizaje), nivel de conciencia, orientación temporo-espacial., órganos de los sentidos (prótesis, revisiones), dolor (localización y control, entender, memorizar), valoración del estado mental, factores de riesgo para la integridad corporal, habilidades del lenguaje, memoria y toma de decisiones, observación: comportamiento general, valorar órganos de los sentidos.

Guía de valoración del séptimo patrón funcional de la salud autopercepción-auto concepto tomando como indicadores el humor y autoestima (opinión de sí mismo, identidad, imagen corporal, satisfacción), autopercepción (como se ve, que le preocupa), observación: percepción de habilidad cognitiva, afectiva y física, postura corporal, movimiento, contacto visual, voz.

La guía de valoración del octavo patrón de salud rol relaciones, utilizando como indicadores con quien vive, que depende de él / ella, de quien depende, a quién pide ayuda en caso de necesidad, relaciones familiares, amistad, valoración socio familiar:, identifica barreras de comunicación.

El noveno patrón de salud sexualidad y reproducción se utilizara la guía de valoración en donde se tomaran como indicadores a los antecedentes (menarquia, menopausia, formula menstrual, metrorragias, autoconcepción (métodos, inicio de relaciones coitales, problemas de relación, problemas de reproducción, revisiones, conductas de riesgo).

Para la recolección de información del décimo patrón de salud afrontamiento-tolerancia al estrés en donde se efectuara mediante de valoración de toma de decisiones, forma de abordar crisis, cambios virtuales y problemas, que hace en momentos de tensión (cómo reacciona), utilización de ayuda profesional o grupos de apoyo.

En lo que corresponde a la valoración del undécimo patrón de salud valores y creencias lo realizaremos mediante la guía donde tomaremos en cuenta lo siguiente: los valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían a la persona en sus

elecciones y decisiones. Lo percibido como importante en la vida y cualquier conflicto percibido en los valores, las creencias o las expectativas relacionadas con la salud. (Anexo 2).

En lo que corresponde a la evaluación de las valoraciones de los patrones funcionales de salud aquí se tomará en cuenta los patrones de salud afectados, y luego se procederá a la evaluación de los datos e interpretación, y reconocimiento del diagnóstico definitivo del problema identificado bajo la taxonomía NANDA (Anexo 3).

Para el procedimiento de recolección de la información se cuenta con la autorización y disponibilidad concedida por los directivos del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja. Al cual se incrementará un consentimiento informado (Anexo 4), en el que se refleja el proceso a realizar y el propósito del mismo.

En lo que corresponde a las fuentes para obtención de la información serán de carácter primaria constituido por los Adultos Mayores, y secundaria conformado por el personal de salud y administrativos del centro.

La representación de los datos será: la cuantitativa se la hará mediante tablas, la cualitativa por dimensiones y el análisis mediante los resultados, los cuales serán comparados con la evidencia científica de los estudios antes mencionados.

Los resultados obtenidos serán entregados al personal de salud del Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Ciudad de Loja, para que se incorporen intervenciones para mejorar la calidad de vida en el Adulto Mayor.

El riesgo que se pueden presentar durante la realización de este estudio es la poca colaboración del adulto mayor mostrando desinterés a la valoración tomando una actitud negativa ante la misma.

Dentro de las consideraciones éticas en primer lugar se procederá solicitar el consentimiento informado, además se procera a actuar con total responsabilidad, consideración y respeto hacia los Adultos Mayores teniendo en cuenta la confidencialidad de la información recogida durante la valoración.

g. CRONOGRAMA DEL PROYECTO: "DIAGNOSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ACCION SOCIAL MATILDE HIDALGO" DE LA CIUDAD DE LOJA.

FECHA / ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE / 2016	OCTUBRE /2016	NOVIEMBRE / 2016	DICIEMBRE / 2016	ENERO / 2017
CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO					
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS					
ELABORACIÓN DEL PRIMER BORRADOR DE TESIS.					
ELABORACIÓN DEL SEGUNDO BORRADOR DE TESIS.					
ENTREGA DEL INFORME FINAL DE TESIS.					

Autora: Noemi Peña Conde.

h. MATERIALES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El financiamiento de esta investigación será autofinanciada por el investigador contando con un presupuesto de 1913.60 dólares.

RECURSOS / ACTIVIDAD	HUMANOS	MATERIALES	TÉCNICOS	FINANCIEROS
Elaboración y ejecución del proyecto.	Investigador	Papel Tinta de impresora Computadora Impresora	Programa de Wortd	9.00 60.00 900.00 280.00
Recolección de datos	Investigador Usuarios Historia clínicas	Copias blanco/ negro. Tinta de impresora Esfero azul y rojo. Lápiz. Borrador. Transporte Gastos varios	Programa de Word.	60.00 60.00 0.80 1.00 0.50 90.00 100.00
Tabulación y análisis de datos.	Investigador	Esferos. Borrador. Papel	Programa de Word. Programa de Excel.	0.80 0.50 3.00
Elaboración del primer borrador.	Investigador	Papel Tinta de impresora Anillado	Programa de Word. Programa de Excel.	6.00 60.00 2.00
Elaboración del segundo borrado.	Investigador	Papel Tinta de impresora Anillado	Programa de Word. Programa de Excel.	6.00 60.00 2.00
Elaboración del tercer borrador.	Investigador	Papel Tinta de impresora Anillado	Programa de Word. Programa de Excel.	6.00 60.00 2.00
Entrega del informe final.	Investigador	Papel Tinta de impresora Anillados Empastados	Programa de Word. Programa de Excel.	18.00 60.00 6.00 60.00
TOTALES				1913.60

Autora: Noemi Peña Conde.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ANEXO 1

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Adulto Mayor El Adulto Mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, en al que se supone que los proyectos personales en su mayoría se han consumado, haciendo posible disfrutar de lo que queda de su existencia con mayor tranquilidad (Piña, J. 2011).	Última etapa de la vida	Edad de los adultos mayores del CASMH	65 – 75 76 – 85 86 >
		Sexo	M. ( ) F. ( )
Diagnósticos enfermeros. NANDA Internacional, define el diagnóstico enfermero como un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad (NANDA, 2012).	Juicio clínico sobre la respuesta del individuo, una familia o una comunidad.	**Patrón de percepción y mantenimiento de la salud.**	Describe lo que el cliente hace por su salud. Motivo de consulta. Antecedentes personales. Estado de salud: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, vacunas, alergias conocidas. Higiene personal. Problemas: grado de información y actitud sobre su enfermedad y sus cuidados. Aspectos preventivos. Hábitos tóxicos, tratamiento farmacológico, medicinas alternativas, automedicación. Observación: Aspecto general (aseado/desaseado). Habilidad de relaciones (tranquilo).
		Patrón nutricional- metabólico.	Describe el consumo de comida y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas y según la disponibilidad de alimentos. Numero de comidas/día (horarios). Tipo de dieta (características). Dificultades en la masticación, deglución, digestión. Cambios recientes de peso. Ingesta de líquidos/día, tipo. Elaboración de alimentos. Suplementos nutritivos. Relación enfermedad/alimentación, repercusiones. Presencia/ausencia (alteraciones alimentarias). Observación y exploración: talla, peso, IMC, temperatura corporal, integridad de piel mucosas, pelo, uñas y dientes.

		Patrón de eliminación.	Describe la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración). Eliminación intestinal: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares. Eliminación urinaria: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares. Eliminación urinaria: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares, revisiones. Transpiración: alteración. Observación / Exploración. Osteomías, catéteres, hemorroides, fistulas.
		Patrón de actividad-ejercicio.	Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreo, incluye actividades de la vida diaria que requieren un gasto de energía. Riesgo laboral. Actividad de la vida diaria: barreras arquitectónicas, caídas. Ocio/ recreo (hobbies, tiempo libre). Factores que condicionan la actividad: déficit neuromuscular, disnea, espasmos musculares con el ejercicio, ect. Habilidades para el autocuidado: vestirse (las partes superior e inferior del cuerpo), bañarse, alimentarse, uso del inodoro, si es independiente, dependiente, cuales son los factores relacionados. Observación / Exploración: Pulso, respiraciones/ minuto. Masa muscular, fuerza, constitución corporal.
		Patrón de sueño y descanso.	Describe el patrón de sueño, descanso y relajación durante las 24 horas, incluye la percepción de la calidad/ cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. Un riesgo para su seguridad (lesión). Sueño (horas/día, problemas, medidas auxiliares). Descanso (hora de dormirse y despertarse). Observación: Cansancio, ojos cansados, bostezos.
		Patrón de autoestima y autopercepción.	Describe el concepto de sí mismo y su percepción. Humor y autoestima (opinión de sí mismo, identidad, imagen corporal, satisfacción). Autopercepción (como se ve, que le preocupa). Observación: Percepción de habilidad cognitiva, afectiva y física. Postura corporal, movimiento, contacto visual, voz.
		Patrón de rol – relaciones.	Describe el rol que desempeña la persona en sus relacione, incluye la percepción de responsabilidad en su situación actual, la satisfacción o preocupaciones familiares, en el trabajo o en las relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con su rol.

			Con quien vive, que depende de él / ella, de quien depende. A quién pide ayuda en caso de necesidad. Relaciones familiares, amistad. Valoración socio familiar: Identifica barreras de comunicación.
		Patrón de sexualidad y reproducción.	Describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así como el patrón reproductivo. Antecedentes (menarquia, menopausia, formula menstrual, metrorragias, G-A-V). Autoconcepción (métodos, inicio de relaciones coitales, problemas de relación, problemas de reproducción, revisiones, conductas de riesgo).
		Patrón de adaptación y tolerancia al estrés.	Describe el patrón general de adaptación y la efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad de resistir retos al auto imagen, modos de llevar el estrés, sistemas de soporte utilizados como la familia y la habilidad percibida de control y manejo de las situaciones. Toma de decisiones. Forma de abordar crisis, cambios virtuales y problemas. Que hace en momentos de tensión (cómo reacciona). Utilización de ayuda profesional o grupos de apoyo.
		Patrón de valores –creencias.	Describe los valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían a la persona en sus elecciones y decisiones. Lo percibido como importante en la vida y cualquier conflicto percibido en los valores, las creencias o las expectativas relacionadas con la salud.

Fuente: Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación 2012-2014.

Autora: Noemi Peña Conde