



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**AUTONOMÍA FUNCIONAL, PSÍQUICA Y ELABORACIÓN DE
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA
NANDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
GERIÁTRICO SANTA ANA. CUENCA, 2014.**

Tesis previa a la obtención
del título de Licenciada y
Licenciado en Enfermería

AUTORES

ESTHELA CAROLINA HIDALGO TAPIA
JANNETH ELIZABETH HUIRACOCCHA PAUCAR
ANTONIO RAFAEL JARAMILLO MÉNDEZ

DIRECTORA

MGTS. AYDEÉ NARCISA ÁNGULO ROSERO

ASESORA

MGTS. ADRIANA ELIZABETH VERDUGO SÁNCHEZ

CUENCA-ECUADOR
2014



1. RESUMEN

Objetivo. La presente investigación determinó la autonomía funcional, psíquica y se elaboró diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA en los adultos mayores del centro Geriátrico Santa Ana. Cuenca, 2014.

Metodología. Es una investigación de tipo descriptivo-cuantitativo. Se trabajó con un universo finito de 38 adultos mayores; como técnica se utilizó el índice de Katz y la escala de Tinetti para la valoración funcional, la evaluación cognitiva MMSE, escala de Pfeiffer y escala de Yesavage para la valoración psíquica. Se elaboró diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA. Los datos se procesaron y analizaron en Microsoft Word, Microsoft Excel, SPS Versión 21 y formato PLACE NANDA, NOC-NIC. Los resultados son presentados en tablas con sus respectivos análisis descriptivos.

Resultados. En el centro geriátrico, el 34,2% tiene edades entre 86 y 95 años, el 60,5% son mujeres y un 39,5% son hombres. El índice de Katz nos indica que el 65,8% realiza sus actividades básicas, por lo tanto son independientes. La escala de Tinetti modificada nos indica que el 39,5% de los adultos mayores tienen un buen funcionamiento en cuanto al equilibrio y marcha dando como resultado un bajo riesgo de caída. La escala de Pfeiffer y el test cognitivo (MMSE) demuestra que el 76,3% presentan déficit cognitivo. La escala de depresión Yesavage indica que el 42,1% presentan depresión. Los diagnósticos de enfermería elaborados con la taxonomía NANDA NOC-NIC comprenden: deterioro de la deambulacion, movilidad física y memoria, autocuidados de: alimentación, eliminación e higiene.

Conclusiones. La presente investigación determinó el deterioro funcional y psíquico en los adultos mayores lo que permitió elaborar los diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA NOC-NIC.

Palabras claves. TÉCNICAS Y EQUIPOS ANALÍTICOS, DIAGNÓSTICOS TERAPÉUTICOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD, ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, TAXONOMÍA NANDA, CENTRO GERIÁTRICO SANTA ANA, CUENCA-ECUADOR



1. ABSTRACT

Objective. To determine the functional, psychological autonomy and develop nursing diagnoses in the NANDA taxonomy seniors Geriatric Center Santa Ana. Cuenca, 2014.

Methodology. It is a descriptive research quantitative. We work with a finite universe of adults over 38, which is 100% of the nursing home, more revenue in the next 4 months of research. Katz Index, Tinetti scale for functional assessment, cognitive assessment MMSE scale Pfeiffer and Yesavage psychic valuation was used. Then a diagnosis with the NANDA taxonomy was developed. The data were processed and analyzed in Microsoft Word, Microsoft Excel, Version 21 SPS, and format PLACE NANDA, NOC-NIC.

Results: 34.2% belongs to ages between 86 and 95 years, this 18.4% men and 15.8% women, 31.6% are aged 66 to 75 years, this the 13.2% men and 18.4% women, sex is a total of 60.5% women and 39.5% men. The Katz index indicates that 65.8% do their core activities, so they are independent. The modified Tinetti scale indicates that 39,5% of older adults has a good performance in terms of balance and gait resulting in a low risk of falling. The scale of Pfeiffer and cognitive test (MMSE) shows that 76.3% have cognitive deficits. The scale of Yesavage depression indicates that 42,1% have depression. The results helped to develop nursing diagnosis taxonomy NANDA NIC-NOC include: impaired ambulation, physical mobility and memory, of self-care: feeding, elimination and hygiene.

Conclusions. Functional and psychological impairment was determined in older adults allowing developing nursing diagnoses with the NANDA taxonomy - NOC - NIC

Keywords. TECHNICAL AND ANALYTICAL, DIAGNOSTIC THERAPEUTIC, DIAGNOSTIC TECHNIQUES AND PROCEDURES, DISABILITY EVALUATION, DEVELOPMENT OF NURSING DIAGNOSES, TAXONOMY NANDA, GERIATRIC CENTER SANTA ANA, CUENCA-ECUADOR



ÍNDICE

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.....13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....15
JUSTIFICACIÓN.....17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.....19

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL.....40
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....40
UBICACIÓN.....41
MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....41
VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....41
ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.....41
SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN.....41
MORBILIDAD.....41

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS.....42

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO.....43
TIPO DE ESTUDIO.....43
ÁREA DE ESTUDIO43
UNIVERSO Y MUESTRA.....43
UNIDAD DE ANÁLISIS.....43
FUENTE DE INFORMACIÓN.....43
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....43
VARIABLES.....43
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....44
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....46



PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	46
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	48
ASPECTOS ÉTICOS.....	48
CAPÍTULO VI	
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	49
TABLA N°1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD.....	49
TABLA N°2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN INDICE DE KATZ.....	50
TABLA N°3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCALA DE TINETTI.....	51
TABLA N°4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TEST COGNITIVO (MMSE)MODIFICADO...52	
TABLA N°5 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCALA DE PFEIFFER.....	53
TABLA N°6 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE.....	54
ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	55
CAPÍTULO VII	
DISCUSIÓN.....	80
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	84
CAPÍTULO VIII	
BIBLIOGRAFÍA.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
CAPÍTULO IX	
ANEXOS.....	89



DERECHO DE AUTOR

Yo, Esthela Carolina Hidalgo Tapia reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

f).....

Carolina Hidalgo

CI. 0105205868



Yo, Janneth Elizabeth Huiracocha Paucar reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

A handwritten signature in black ink that reads 'Janneth E. Huiracocha'. The signature is written over a dotted line.

Janneth Huiracocha

C.I 0105049563



Yo, Antonio Rafael Jaramillo Méndez reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciado en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

f).....

Antonio Jaramillo
CI: 0103212288



RESPONSABILIDAD

Yo, Esthela Carolina Hidalgo Tapia certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'ECH', written over a horizontal dotted line.

Carolina Hidalgo

CI. 0105205868



Yo, Janneth Elizabeth Huiracocha Paucar certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.


A handwritten signature in black ink that reads 'Janneth E. Huiracocha'. The signature is written over a horizontal dotted line.

Janneth Huiracocha

CI. 0105049563



Yo, Antonio Rafael Jaramillo Méndez certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.



f)
Antonio Jaramillo
CI. 0103212288



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por la vida que nos da, por permitir que este sueño tan anhelado se haga realidad, a nuestros padres, hermanos, esposo, esposa, hijos y demás familiares por brindarnos su apoyo, confianza y comprensión durante la realización de este trabajo de investigación.

De igual manera un agradecimiento especial a las Mgts. Aydeé Angulo y Mgts. Adriana Verdugo por la paciencia y confianza brindada, por compartir sus valiosos conocimientos con nosotros y de esta manera culminar con éxito la realización de esta tesis.

A los directivos del Geriátrico Santa Ana por darnos apertura para la realización de nuestra investigación.

Antonio Rafael Jaramillo Méndez

Esthela Carolina Hidalgo Tapia

Janneth Elizabeth Huiracocha Paucar



DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada primero a Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres Hernán y Angelita pilares fundamentales en mi vida, sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora he conseguido, su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mi hermano y familia en general. A mi esposo Xavier por su paciencia y entendimiento, a mi amada hija Paulita, eres mi inspiración de lucha y perseverancia. Por último a mis compañeros de tesis porque en esta armonía grupal hemos logrado alcanzar nuestras metas.

Carolina



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi amada esposa Mercedes e hijos Brandon, Antonio y Aarón razones supremas de mi existencia por quienes lucho todos los días por ser mejor. A mí querida madre que es un pilar fundamental en mi vida por su comprensión y apoyo constante. A mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí. A toda mi Familia por su apoyo y paciencia.

Antonio



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la vida misma, que durante este trayecto de formación he aprendido más sobre ella, he sonreído, llorado, aprendí a valorar cada momento que tiene el ser humano. A mi querida Madre, quien tuvo la valentía para elegirme a pesar de las necesidades que se veían venir, quien con entrega total y amor gratuito, han sido el motivo para culminar mi carrera. A mi querido Padre, quien sacrificó once años de su vida, de mi infancia, de mi adolescencia, para darme este regalo máspreciado, sin el apoyo de ustedes no hubiese sido posible cumplir este sueño. A mi hermano, tías y mi querida Lolita, quienes han sido un apoyo incondicional.

Janneth



“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”

Florence Nightingale



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermería, es la segunda etapa del Proceso de Enfermería, donde la enfermera/o utiliza las habilidades del pensamiento crítico para la interpretación de los datos de la valoración, llegar a identificar y priorizar las necesidades humanas del paciente, familia y comunidad.

“La enfermera/o, combina ciertos factores para poder hacer diagnósticos, partiendo de la intuición (juicio intuitivo) más los conocimientos teóricos con la habilidad para elaborar los enunciados diagnósticos. Pero no sólo entran en juego estos factores, aunque de ellos dependa en gran parte toda la elaboración de un diagnóstico; también tendremos que saber conjugar una buena aptitud para reunir datos y una capacidad intelectual adecuada. Todos estos factores junto con nuestra filosofía personal, el marco conceptual de la profesión y una experiencia cada vez mayor definirán nuestra capacidad para la elaboración de diagnósticos”¹.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, necesitamos saber que “el envejecimiento es un conjunto de procesos que deteriora al organismo progresivamente, hasta llegar a la dependencia parcial o definitiva, sin embargo estos cambios que sufren los órganos y los tejidos no deben considerarse como problemas de salud, sino variantes anatómo-fisiológicos normales”².

Los cambios en la estructura física y mental del adulto mayor, que se presentan a causa del envejecimiento y los problemas de salud que los acompañan a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional.

¹UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE - Mg. Nilda Marcelo Álvarez - Diagnóstico de Enfermería – 2010 - disponible en: <http://es.slideshare.net/margot32/marcelo-alvarez-nilda-impress-2>

²OPS: enfermería gerontológica, CONCEPTOS PARA LA PRACTICA, serie PALTEx para ejecutores de programas de salud Nº 31 pág. 7.



“Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, hay personas que entre los 80 – 90 años se encuentran en un estado saludable, esto es lo que se denomina envejecimiento exitoso, en cambio otro grupo, portadores de múltiples enfermedades están dentro de lo que se denomina el envejecimiento patológico y el tercer grupo constituyen personas que tienen alguna que otra enfermedad crónica y se denomina el envejecimiento normal en el cual están la mayoría de las personas que envejecen”³.

Es por esto, que el envejecimiento y sus cambios biológicos, psicológicos y sociales influyen en la capacidad de la adaptación del adulto mayor. En la teoría de la actividad de Robert James Havighurst “indica que la actividad es la clave de la satisfacción en la autorrealización del adulto mayor y como disminución de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el anciano”⁴.

Estos factores relacionados con el envejecimiento son expresados de distintas formas, hacen que en el adulto mayor surjan ciertas pérdidas como la satisfacción de la vida, de los roles sociales y como resultado generen sentimientos que afectan de forma importante en su calidad de vida como: sentimientos de inutilidad y desánimo si su eficacia personal baja y si su fuerza no consiguen los resultados deseados, este se vuelve apático y se resigna con su vida monótona y aburrida.

³Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. - El Adulto Mayor No Es Sinónimo De Muerte; Aún Vive – 2010 – Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/17%20El%20adulto%20mayor%20no%20es%20sinonimo.pdf>

⁴OPS: enfermería gerontológica, CONCEPTOS PARA LA PRACTICA, serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 31 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO pág. 9.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El centro residencial para adultos mayores “Santa Ana” está ubicado en la parroquia Chaullabamba entre la autopista Cuenca–Azogues y la Panamericana Norte, recientemente cuenta con instalaciones nuevas con todas las adecuaciones apropiadas para su fin, con capacidad para 80 adultos mayores de los cuales hasta el momento está funcionando con 38, “las enfermedades de los adultos mayores que residen en este centro son variadas el 58,3% tiene algún tipo de discapacidad y un 22,2% sufren de hipertensión o diabetes y en algunos casos las dos”⁵, más todas las complicaciones físicas y mentales propias de la edad debido al proceso de envejecimiento, lo que llama la atención en esta situación es que las valoraciones han sido básicas, sin tener una valoración formal con las normas y protocolos que establece el Ministerio de Salud Pública.

En este contexto y en el marco del buen vivir la Constitución de la República del Ecuador ordena:

"Art. 36.-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. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. La Ley del Anciano en su capítulo I, disposiciones fundamentales, Artículo 2 establece: el objeto fundamental de esta ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.”⁶

Desde esta premisa es de suma importancia este tipo de valoraciones porque favorecen a la precisión diagnóstica a la planeación de servicios

⁵ Fuente: datos obtenidos de informes mensuales realizados por el médico de la institución.

⁶ Ministerio de Inclusión Económica y Social, Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013, segunda edición.



tanto médicos como de enfermería, asegura un seguimiento al impacto del tratamiento, predice resultados etc.

La capacidad de los adultos mayores para desarrollar las actividades de la vida diaria depende de su suficiencia para la movilidad, que es moverse en forma segura y eficiente. Esta capacidad de un adulto mayor para mantenerse independiente tiene una influencia enorme en la percepción de la calidad de vida. Al evaluar el estado funcional y psíquico se trata de identificar la necesidad de los cuidados con el objeto de maximizar la capacidad del adulto mayor para permanecer tan independiente como sea posible.



JUSTIFICACIÓN

Es importante saber que la autonomía funcional y psíquica es uno de los principales ejes de la valoración geriátrica integral y su importancia radica a nivel individual en que permite identificar a más de la autonomía del individuo, estados de enfermedad y el riesgo de eventos adversos, optimizar los planes de cuidados, mejorar la toma de decisiones, controlar los cambios y evaluar los efectos de una intervención.

En el Ecuador, “Las acciones de salud orientadas a la población adulta mayor, se encuentran dirigidas a mantener la independencia a prevenir y rehabilitar la pérdida de la misma y su autonomía sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación”⁷

El Ministerio de Salud Pública ha visto necesario implementar ciertas normas y protocolos de atención integral de salud hacia las y los adultos mayores para su atención, considerando a estas normas y protocolos como instrumentos técnicos, científicos, éticos y legales, para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores.

En el Art 14 de la Constitución actualmente vigente, relacionada con el “Buen Vivir”, establece que “en el caso concreto de los adultos mayores, población marginada, ayuda y propicia la atención y cuidados continuos que necesita, adaptando el sistema a las necesidades del adulto mayor, a través de la coordinación entre los diferentes niveles, para devolver la independencia física, mental y social que en algún momento pueden haberla perdido. Por lo que el estado fomentará, el desarrollo de programas y dependencia y conseguir su plena integración social”⁸.

⁷MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores, MAYO 2010 Pag, 12

⁸ MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores, MAYO 2010 Pag, 26



“El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico degenerativas causantes de invalidez, plantea retos importantes al Sistema de Salud por la gran demanda de servicios especializados, pues tendrá que atender a un número creciente de población adulta mayor con limitados recursos y con un sistema tradicional aún no acondicionado a un alto costo”⁹.

“La evaluación geriátrica es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que provocan alteraciones que con frecuencia llevan al adulto mayor a la incapacidad como deterioro cognitivo/demencia, trastornos de ánimo/depresión, trastornos del sueño/insomnio, inmovilidad, inestabilidad/caídas, incontinencia urinaria, privación sensorial (vista y audición), malnutrición, iatrogenia/fármaco y sociales/sistemas de apoyo”¹⁰.

⁹Rev. méd. Chile vol.139 no.6 Santiago jun. 2011 - Evaluación geriátrica integral del adulto mayor – disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600005&script=sci_arttext

¹⁰Rev. méd. Chile vol.139 no.6 Santiago jun. 2011- Evaluación geriátrica integral del adulto mayor



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

EL ADULTO MAYOR

“El desarrollo del ser humano comienza como el resto de la naturaleza viviente, al nacer y continúa desarrollándose hasta que muere. Durante las diversas etapas por las que va pasando, el hombre se va formando hasta que llega a la madurez plena, en la que se recogen y agrupan las experiencias vividas en las etapas anteriores”¹¹.

Adulto Mayor “es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprenden personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son los que se conocen como tercera edad, o ancianos”¹².

De tal manera, que la tercera edad o vejez es una etapa más del ciclo de vida del Ser Humano, con sus respectivas características propias y particulares en donde las funciones del cuerpo y las facultades cognitivas de la persona van deteriorando, además una característica esencial del ser humano es que es un ser social, sin embargo en muchas ocasiones los adultos mayores son desplazados por las mismas familias, por su proceso de declinación y automáticamente son considerados como niños y poco útiles para las actividades básicas, de tal manera que el aspecto social es un determinante de salud, motivo por el cual las nuevas generaciones deben contribuir a su desarrollo pleno, para así conservar la salud en medio de un proceso de declive.

¹¹Areyan Y., Psicología, cambios sociales en el adulto mayor. Club ensayos, [Internet]. Marzo 2014, [20 mayo 2014]; pagina 3. Disponible en: <http://clubensayos.com/Psicolog%C3%ADa/Cambios-Sociales-En-El-Adulto/638053.htm>

¹²Plaza RL. Atención al adulto mayor. Monografía presentada a consideración del SEDES-Tarija. Tarija-Bolivia 2012. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos96/atencion-al-adulto-mayor/atencion-al-adulto-mayor2.shtml#ixzz32Mnl8HNW>.

CAMBIOS FÍSICOS

El envejecimiento produce alteraciones sistémicas cuando la mayoría de los órganos y tejidos van disminuyendo su actividad. “Estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. Diversas causas se han asociado a este deterioro, entre ellas, las de índole genética, los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos bioquímicos, las alteraciones hormonales y las condiciones ambientales”¹³.

CAMBIOS EN LA FUNCIÓN COGNITIVA

“La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. Esta función cambia con la edad. Actualmente, un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad que afecte al funcionamiento social y profesional se entiende como demencia”¹⁴.

Es por esto que “La disminución de las funciones cognitivas durante el envejecimiento es uno de los aspectos que suele vivirse como una gran amenaza para el bienestar e incluso para la integridad personal. Muchos adultos mayores, por ejemplo, refieren la pérdida de memoria con mayor angustia, que un dolor crónico o toleran peor la falta de relación familiar que un determinado proceso de enfermedad”¹⁵.

¹³MSc. Stella N., Dra. Contreras k., Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Scielo, Rev. Cubana Salud Pública versión ISSN 0864-3466. 2012, vol.38 no.4 Ciudad de La Habana.

¹⁴MSc. Stella N., Dra. Contreras k., Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Scielo, Rev. Cubana Salud Pública versión ISSN 0864-3466. 2012, vol.38 no.4 Ciudad de La Habana.

¹⁵MSc. Stella N., Dra. Contreras k., Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Scielo, Rev. Cubana Salud Pública versión ISSN 0864-3466. 2012, vol.38 no.4 Ciudad de La Habana.



CAMBIOS SOCIALES

En la actualidad la sociedad modernista, globalizada, valora al hombre activo, aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas, aquel que promueve una figura de supremacía, hoy en día los adultos mayores representan un papel muy importante, aunque muchos no lo reconozcan y lo consideren como una carga social. El adulto mayor posee una enorme experiencia y conocimiento de la vida, por tal motivo se deben considerar como fuentes de experiencia.

“A continuación los cambios sociales más frecuentes que se presentan en el adulto mayor”

- Cambio de roles en la familia.
- Concepción de la vejez en la sociedad.
- Jubilación.
- Cambio en las relaciones sociales.
- Viudez.
- Pérdida y abandono de los hijos.
- Marginación.
- Soledad o la discapacidad que limitan la participación en la familia o la sociedad”¹⁶

AUTONOMÍA FUNCIONAL Y PSÍQUICA DEL ADULTO MAYOR

“La funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida no solo dependen de los procesos biológicos inherentes al envejecimiento, sino también del contexto social y económico en el cual se vive”¹⁷

Es por esto que la funcionalidad del adulto mayor se da cuando este, es capaz de enfrentarse a los procesos de cambio a un nivel acorde de

¹⁶ Buenas tareas.com. características del usuario adulto mayor: Cambios sociales. [Internet] Sep. 2010. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Cambios-Sociales-En-El-Adulto-Mayor/722372.html>

¹⁷ Cecilia Albala - Autonomía y Calidad de Vida del Adulto Mayor – disponible en: http://www.envejecefeliz.cl/abstracts/15_Cecilia_Albala.pdf



adaptabilidad, en donde el cumplimiento de las actividades diarias, conservan su independencia tanto físicas como mentales.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Dentro de la valoración geriátrica, la funcionalidad ha sido una de las partes más importantes de valoración para el equipo multidisciplinario y del personal de enfermería que proporcionan cuidados directos e individuales a los adultos mayores.

De tal manera, la funcionalidad es la parte primordial de la evaluación, “permite obtener un razonamiento lógico de lo que le ocurre al paciente, define un nivel de dependencia, permite plantear objetivos de tratamiento y rehabilitación y también instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro”¹⁸.

En la valoración funcional, “la observación directa es el método más exacto, pero es impráctico a partir de los modelos de atención médica por lo que el autoinforme de las ABVD se deben corroborar, si es posible, por un informante, acompañante o cuidador. Por tal motivo en la evaluación funcional se deberá interrogar sobre lo normal y lo anormal en cuanto a su función social, ya que el deterioro funcional no debe de atribuirse al proceso de envejecimiento porque se corre el riesgo de omitir su verdadero origen”¹⁹.

Funciones básicas

El adulto mayor puede llevar acabo diferentes actividades diarias partiendo en aquellas que aseguran su autocuidado como: (comer, bañarse, vestirse, caminar, etc.) las mismas que se consideran como un ingrediente esencial básico de la vida. Por lo tanto estas actividades mantienen la supervivencia física y cuidado personal del adulto mayor.

¹⁸Segovia M.G.; Torres E.A. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Rincón Científico Comunicaciones, SCIELO Madrid, 2011; Gerokomos vol.22 no.4; versión impresa ISSN 1134-928X.

¹⁹Segovia M.G.; Torres E.A. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Rincón Científico Comunicaciones, SCIELO Madrid, 2011; Gerokomos vol.22 no.4; versión impresa ISSN 1134-928X.



Para evaluar las funciones básicas utilizamos la siguiente valoración

INDICE DE KATZ (*ver anexo 3*)

El índice de Katz, es un instrumento frecuentemente utilizado, se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en 8 funciones, su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional y proporcionar un índice de autonomía-dependencia, además permite describir el nivel funcional de pacientes, predecir la necesidad de rehabilitación, comparar el resultado de diversas intervenciones, seguir la evolución de los pacientes y seguir la evolución del tratamiento. Las escalas son las siguientes:

- Se baña
- Se viste y desviste
- Apariencia personal
- Uso de inodoro
- Continencia de micción y defecación
- Trasladarse, acostarse, levantarse
- Caminar
- Se alimenta

Interpretación

“Es importante señalar el concepto de independencia de este índice. Se considera (I) independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad, y (D) dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes de la actividad; el (A) grado intermedio de dependencia es aquella persona que “requiere de asistencia” para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión. El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0



si es totalmente dependiente (D). Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autónoma”²⁰.

EL RIESGO DE CAIDAS

“Las caídas en pacientes de edad avanzada a menudo se producen cuando se realizan varias tareas simultáneamente. Los resultados de algunos estudios muestran que la actividad cognitiva concurrente, afecta el equilibrio en las personas mayores”²¹.

Las caídas son un síndrome común entre los adultos mayores, se considera que no es una constitutiva de la edad si no que es un síntoma de que algo anda mal, es una señal de alerta, lo que conlleva a investigar su motivo de origen y a prevenir que sigan ocurriendo.

En una investigación sobre Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida Yucatán, “se demostró que la mayoría de los adultos mayores presentan alteraciones en el equilibrio y no existe un programa de educación para identificar factores de riesgo y prevenir las caídas”²².

Para valorar el riesgo de caídas aplicamos la siguiente escala

ESCALA DE TINETTI, VALORACIÓN DE EQUILIBRIO Y MARCHA

“Esta escala por su viabilidad, especificidad y sensibilidad al cambio, es especialmente útil, para el seguimiento de personas que inician reentrenamiento de la marcha, habilidades concernientes con el equilibrio y sirve como indicativo de la necesidad de dispositivos de ayuda para la

²⁰ PARTE I: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA –Módulo EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR – disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>

²¹ MSc. Stella N., Dra. Contreras k., Dr. Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. R.C.S. P. SCIELO La Habana, 2012; Rev. Cubana Salud Pública vol.38 no.4; versión ISSN 0864-3466

²² MSc. Stella N., Dra. Contreras k., Dr. Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. R.C.S. P. SCIELO La Habana, 2012; Rev. Cubana Salud Pública vol.38 no.4; versión ISSN 0864-3466



marcha o de adaptaciones ambientales, como pasamanos o agarraderas para minimizar el riesgo y favorecer la independencia funcional”²³.

El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del adulto mayor.

Sus escalas son las siguientes:

“EQUILIBRIO

- **Silla:** Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.
 - Al sentarse:
 - 0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.
 - 1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
 - 2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.
 - Equilibrio mientras está sentado:
 - 0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).
 - 1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
 - 2 = firme, seguro, erguido.
 - Al levantarse:
 - 0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.
 - 1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
 - 2 = capaz en 2 intentos o menos.
 - Equilibrio inmediato al ponerse de pie (primeros 5 seg):
 - 0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
 - 1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
 - 2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.
- **De Pié:** ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.
 - Equilibrio con pies lado a lado:
 - 0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.

²³ Central civil de enfermeras.com. [Internet]. Sinaloa; Mazatlán, 2005 [actualizado 13 mayo 2014, fecha de consulta 20 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.centraldeenfermeras.com.mx/index.php/noticias/297-escala-de-tinetti.html>



- 1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
- 2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
 - Tiempo: ____ ____, ____ segundos.
- Prueba del Tirón (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):
 - 0 = comienza a caerse.
 - 1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
 - 2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.
- Se para con la pierna derecha sin apoyo:
 - 0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
 - 1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
 - 2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos
- Se para con la pierna izquierda sin apoyo:
 - 0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
 - 1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
 - 2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos
- Posición de Semi-tándem:
 - 0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene \leq 3 segundos.
 - 1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
 - 2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos
- Posición Tándem:
 - 0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por \leq 3 segundos.
 - 1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
 - 2 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos
- Se agacha (para recoger un objeto del piso):
 - 0 = incapaz o se tambalea.
 - 1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
 - 2 = capaz y firme.
- Se para en puntillas:
 - 0 = incapaz.
 - 1 = capaz pero por < 3 segundos.
 - 2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos
- Se para en los talones:
 - 0 = incapaz.
 - 1 = capaz pero por < 3 segundos.
 - 2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos
- Pies lado a lado Posición Semi-tándem Posición Tándem



MARCHA

- Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle “camine”):
 - 0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.
 - 1 = sin vacilación.
- Trayectoria
 - 0 = marcada desviación.
 - 1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.
 - 2 = recto, sin utilizar ayudas.
- Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):
 - 0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.
 - 1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
 - 2 = no.
- Da la vuelta (mientras camina):
 - 0 = casi cae.
 - 1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
 - 2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.
- Caminar sobre obstáculos:
 - 0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.
 - 1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.
 - 2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso”²⁴.

PUNTUACIÓN

- Puntuación total de la marcha (máx. 12p.)
- Puntuación total de equilibrio (máx. 16p.)
- Puntuación total general (máx. 28p.)

El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).

²⁴ PARTE I - MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA - Módulo 3 - EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>

Interpretación

- A mayor puntuación= menor riesgo.
- Menos de 19 = riesgo alto de caídas.
- De 19 a 24 = riesgo de caídas.

VALORACIÓN COGNITIVA

“La valoración del estado mental forma parte del proceso de valoración integral de los pacientes ancianos. Cada parte de dicho proceso tiene una importancia básica, y todas en conjunto aportan el conocimiento suficiente para elaborar un plan de cuidados individualizado a las necesidades de cada caso”²⁵.

Estado cognitivo

“La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas”²⁶.

“La disminución de las funciones cognitivas durante el envejecimiento es uno de los aspectos que suele vivirse como una gran amenaza para el bienestar e incluso para la integridad personal. Muchos adultos mayores, por ejemplo, refieren la pérdida de memoria con mayor angustia, que un dolor crónico, es por esto que el deterioro cognitivo requiere mayor supervisión por los cuidadores, Por ello, conocer el nivel cognitivo del paciente geriátrico es importante a la hora de planificar cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones”²⁷.

²⁵ Varela L., Chávez H., Gálvez M., Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev Soc. Perú Med. Interna. Scielo.

²⁶ Varela L., Chávez H., Gálvez M., Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev Soc Perú Med. Interna. Scielo.

²⁷ MSc. Stella N., Dra. Contreras k., Dr. Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. R.C.S. P. SCIELO La Habana, 2012; Rev. Cubana Salud Pública vol.38 no.4; versión ISSN 0864-3466



ESTIMULACIÓN COGNITIVA

“Dentro de las habilidades que están a la base del desempeño autónomo y funcional, se encuentran los procesos cognitivos, que son aquellos procesos mentales involucrados en el procesamiento de la información tanto la proveniente del ambiente como la ya almacenada en la memoria, mediante los que se logra el aprendizaje y la reelaboración de habilidades, conocimientos y valores. No obstante al envejecer, los sistemas biológicos del organismo se afectan, lo que se traduce en una disminución en su funcionamiento”²⁸.

“La importancia de los procesos cognitivos radica en que permiten la realización de actividades cotidianas (como conversar, prepararnos una taza de café, manejar dinero) y de tareas más complejas (leer sobre un tema sobre el que tienen poco conocimiento, encontrar la mejor solución a un problema, aprender un instrumento musical)”²⁹.

En el envejecimiento, las funciones cognitivas se van comprometiendo, pero estas se pueden fortalecer a través de la Estimulación Cognitiva.

“La estimulación cognitiva tiene como propósito conservar la capacidad intelectual y llevar a cabo estrategias que permitan hacer más lento y compensar los cambios en el procesamiento mental que se producen con el aumento de edad y además de favorecer la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras nuevas que deseen aprender, de manera que pueda impactar positivamente en su calidad de vida”³⁰.

Para la evaluación del estado cognitivo utilizamos las siguientes valoraciones.

²⁸Duarte J. Estimulación Cognitiva en la Tercera Edad. M. Gerontología Social [Internet]. 2009; [20 mayo 2014] artículo n.18; disponible en: <http://magistergerontologiasocial.wordpress.com/2008/01/25/estimulacion-cognitiva-en-la-tercera-edad/>

²⁹ Ministerio de desarrollo social-chile. Envejecimiento activo. SENAMA. [Internet]. 2011 [citado 20 mayo 214]; disponible en: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>

³⁰ Ministerio de desarrollo social-chile. Envejecimiento activo. SENAMA. [Internet]. 2011 [citado 20 mayo 214]; disponible en: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>



1. Evaluación cognitiva (MMSE) modificada

“El MMSE es la prueba más utilizada por los profesionales de la salud para ayudar a diagnosticar la demencia, evaluar su progreso y severidad, también se utiliza para evaluar los cambios en una persona que ya ha sido diagnosticado con la demencia. También indica la gravedad de los síntomas de una persona y cómo rápidamente su demencia progresa.”³¹

Las escalas son las siguientes:

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

- Mes _____
- Día mes _____
- Año _____
- Día semana _____
 - Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

- Árbol _____
- Mesa _____
- Avión _____
 - Total: _____
 - Número de repeticiones: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Respuesta Paciente

- Respuesta correcta 9 7 5 3 1
 - Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

- Toma papel _____
- Dobra _____
- Coloca _____
 - Total: _____

³¹Alzheimer's society [Internet]. Londres: 2012 [actualizado enero 2014; citado 20 mayo 2014]. Disponible en: http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=121

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

- Árbol _____
- Mesa _____
- Avión _____
- Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.³²



Correcto: _____

Puntuación e interpretación

- La puntuación máxima es de 19 puntos.
- Entre 14 y 19 NO sugiere déficit cognitivo.
- 13 puntos o menos SI sugiere déficit cognitivo.

2. Escala de Pfeiffer

Este cuestionario detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo, explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

Es un instrumento que complementa la evaluación de estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente.

³² PARTE I - MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA – Módulo 4 - EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR - disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>



Las escalas son las siguientes:

- si es capaz
- nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo
- con alguna dificultad, pero puede hacerlo
- nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora
- necesita ayuda
- no es capaz

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?³³

Puntuación:

- La puntuación máxima es de 33 puntos.
- Puntuación de 6 puntos o más sugiere déficit cognitivo.
- Menos de 6 puntos no sugiere déficit cognitivo.

³³ PARTE I - MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA – Módulo 4 - EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR - disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>

Escala de Yesavage

“La depresión es una enfermedad médica en donde la persona tiene constantemente sentimientos profundos de tristeza, desmotivación y baja autoestima. La persona deprimida tiene síntomas físicos y psicológicos muy claros, como falta de apetito o comer en exceso, dormir mucho o no dormir, tristeza constante, llanto fácil, entre otros. En el anciano la problemática es aún mayor, pues los sentimientos de tristeza, abandono y soledad suelen ser más fuertes, por los múltiples y drásticos cambios que presentan y por la falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida”³⁴.

Para la valoración de la depresión en los adultos mayores, utilizamos la siguiente escala.

La escala de depresión de Yesavage, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de adultos mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Las preguntas son las siguientes:

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas que otras personas de su edad?
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?

³⁴Domingues J. [Internet]. Sura.com. Depresión una enfermedad común en el adulto mayor [Internet] 2013; disponible en: www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/depresion-comun-adulto-mayor.aspx#sthash.3y12lRX9.dpuf



12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?
13. ¿Se siente lleno de energía?
14. ¿Cree que su situación es desesperada?
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?³⁵

Puntuación

- 0 a 5 se considera normal.
- 6 a 9 indica probable depresión.
- 10 o más indican depresión estable.

EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC-NIC

“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”³⁶.

“El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales, proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera/o es responsable (aprobado en la novena conferencia NANDA-I, 1990)”³⁷.

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.

³⁵ PARTE I - MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA – Módulo 4 - EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR - disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>

³⁶ Prescripción de enfermería.com [Internet]. España 2012 [actualizado 2013, citado 20 mayo 2014]. Disponible en:

<http://prescripcionenfermera.com/apuntes/nanda-noc-nic/tema-11-definicion-formulacion-y-tipos-de-diagnosticos-nanda-i/3>

³⁷ NANDA Internacional – DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificaciones 2009 - 2011



El diagnóstico NANDA

“Se trata de un diagnóstico de enfermería que ha sido aprobado por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e incluido en su clasificación diagnóstica.

Cada diagnóstico se presenta con:

- Etiqueta diagnóstica

Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

- Definición

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

- Características definitorias

Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.

- Factores de riesgo

Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.

- Factores relacionados

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados”³⁸.

“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

³⁸ NANDA Internacional – DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificaciones 2009 - 2011



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

- Diagnóstico enfermero de promoción de la salud

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido. Esta disposición se apoya en las características definitorias.

- Diagnóstico enfermero de riesgo

Describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

- Diagnóstico enfermero de salud

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad. Se sustenta en características definitorias, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionados”³⁹.

Resultados de Enfermería NOC

Se comprendió que además de los diagnósticos y de las intervenciones, también era necesaria una tercera clasificación, los resultados de los pacientes, para completar los requisitos de la documentación clínica de enfermería.

“La *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, en su segunda edición, presenta 260 resultados y una estructura taxonómica. Cada resultado tiene una definición, una lista de indicadores que pueden utilizarse

³⁹ NANDA Internacional – DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificaciones 2009 - 2011



para evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Los resultados están desarrollados para utilizarse durante todo el proceso de cuidados y por lo tanto, pueden utilizarse para seguir los resultados del paciente durante una enfermedad o durante un período más amplio de cuidados”⁴⁰.

Intervención de enfermería NIC

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente.

“La *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración y cuidados tanto directos como indirectos.

La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados hospitalarios y atención primaria) y en todas las especialidades (desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo). La Clasificación en su totalidad describe las competencias de enfermería; sin embargo, algunas de las intervenciones de la Clasificación también las realizan otros profesionales”⁴¹.

⁴⁰ Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC) – cuarta edición – capítulo 1 – pág. 2 a 7

⁴¹ Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC) – cuarta edición – capítulo 1 – pág. 2 a 7



Plan de cuidados de Enfermería (PLACE)

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada persona (paciente) es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituyen el proceso de Enfermería.

Este se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas, lógicamente ordenadas, tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados para cubrir las necesidades individuales o grupales, reales o potenciales, estos con el fin de ser orientados al bienestar del paciente o comunidad. Este proceso esta compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación.

“Parte de este proceso son los Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) que es el conjunto de actividades que realiza la enfermera y el enfermero para la descripción, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas y no solo en las situaciones de enfermedad”⁴².

Para la elaboración de un PLACE, es preciso tener presente los siguientes aspectos: determinación del problema, construcción del diagnóstico enfermero, selección de resultados y la selección de intervenciones, (Vinculación NANDA, NOC-NIC.) que se describen a continuación:

- **Determinación del problema**

Por medio de la valoración que realiza la enfermera/o, se puede identificar los problemas que presente el paciente siendo estos reales o potenciales.

- **Construcción del diagnóstico NANDA**

“El diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados

⁴²SUBSECRETARIA DE SALUD DE JALISCO – Plan De Enfermería Estandarizados (PLACE) Para Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar En El Tercer Nivel - Disponible en: Tuberculosis Pulmonar En El Tercer Nivel - Disponible en: http://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/place_tb_3er_nivel.pdf



• Vinculación NOC (Selección de resultados)

Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas. El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala de Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

• Vinculación NIC (Selección de intervenciones)

Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades⁴³.

“Las ventajas del uso de planes de cuidados de enfermería estandarizados son múltiples entre las que podemos mencionar:

- Previene la variabilidad de la asistencia, mediante la normalización de la actividad de las enfermeras a través del establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilite la identificación de las intervenciones.
- Disminuye la variabilidad, permite aumentar la eficiencia y permite la evaluación de los resultados mediante la incorporación de indicadores.
- Mejora la práctica enfermera, asumiendo las recomendaciones basadas en la evidencia sobre la base del conocimiento científico actual.
- Unifica los criterios en el sistema de trabajo de enfermería a través de los PLACE estandarizados encaminados a mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente en las diferentes unidades médicas.
- Cambia la practica con el sistema estandarizado de la taxonomía NANDA, NOC–NIC⁴⁴.

⁴³ SECRETARÍA DE SALUD DE MEXICO - Lineamiento General Para La Elaboración De Planes De Cuidados De Enfermería (PLACE) – 2010 Disponible en: <http://www.ucol.mx/docencia/facultades/enfermeria/archivos1/apuntes%20utiles/PLACES.pdf>

⁴⁴ SUBSECRETARIA DE SALUD DE JALISCO – Plan De Enfermería Estandarizados (PLACE) Para Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar En El Tercer Nivel - Disponible en: http://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/place_tb_3er_nivel.pdf

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

Aspectos socio demográficos

El centro residencial para adultos mayores Fundación “Santa Ana” es uno de los 8 establecimientos que existe en el cantón Cuenca destinados a este fin, su ubicación estratégica permite a sus residentes gozar de espacios verdes y tranquilidad apartándose del bullicio de la ciudad, tiene una capacidad para 80 adultos mayores y cuenta con una infraestructura adecuada para estas funciones ,es un centro que atiende a adultos mayores desprotegidos y abandonados o que sus familiares no puedan brindar los cuidados necesarios todo bajo las normativas que establece el MSP y el MIES.

Fotografía N° 1

CENTRO RESIDENCIAL PARA ADULTOS MAYORES FUNDACIÓN “SANTA ANA”



Fuente: vista frontal del Centro Geriátrico Santa Ana
Realizado por: los autores



Ubicación

Está ubicado en la vía Challuabamba y panamericana norte Km. 12

Misión de la institución

Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la fundación.

Visión de la institución

Brindar a los adultos mayores vivienda, buena nutrición, salud física y mental, acompañamiento familiar, juego y recreación logrando un buen vivir.

Organización administrativa

La institución está representada por el Presidente Dr. Jorge Maldonado, la Directora Eco. Noemí Ulloa y la Supervisora Sra. Cecilia Vásquez

Servicios que presta la institución

Los servicios que presta son el albergue y la atención integral a los adultos mayores indigentes, desprotegidos y abandonados.

Morbilidad

De acuerdo con el informe presentado por el médico de la institución en el mes de Abril hubieron 64 consultas de la cuales 30 que representan el 46,87% pertenecen a primeras consultas por alguna molestia y 34 que representan el 53.12% son consultas subsecuentes por problemas de salud recurrentes.



CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la autonomía funcional, psíquica y elaborar diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA en los adultos mayores del centro Geriátrico Santa Ana. Cuenca, 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la población de estudio según sexo y edad.
2. Evaluar el grado de autonomía funcional a través de los test de valoración: índice de Katz y escala de Tinetti a los adultos mayores del Centro Geriátrico "Santa Ana". Cuenca 2014
3. Evaluar el grado de autonomía psíquica a través de los test: Evaluación cognitiva MMSE, Escala de Pfeiffer y Escala de Yesavage a los adultos mayores del Centro Geriátrico "Santa Ana". Cuenca 2014.
4. Elaborar los principales diagnósticos de enfermería aplicando la taxonomía NANDA en los adultos mayores del centro Geriátrico "Santa Ana".



CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Para realizar el presente estudio utilizamos la investigación Descriptiva- cuantitativa.

ÁREA DE ESTUDIO: Centro Geriátrico “Santa Ana” está ubicado en la parroquia Challuabamba entre la autopista Cuenca – Azogues y la Panamericana Norte.

UNIVERSO Y MUESTRA: Trabajamos con un universo finito de 38 adultos mayores que corresponden a toda la población del centro geriátrico “Santa Ana”.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Adultos Mayores del Centro Geriátrico “Santa Ana”.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Directa- Primaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Adultos mayores del centro geriátrico “Santa Ana”.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Personal que cuida a los adultos mayores en el centro geriátrico.

VARIABLES

- Autonomía Funcional
- Autonomía Psíquica
- Diagnósticos de enfermería
- Edad
- Sexo

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	La edad es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Biológica	Edad de los adultos mayores del geriátrico Santa Ana	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 56 – 65 ➤ 66 – 75 ➤ 76 – 85 ➤ 86 – 95
SEXO	El sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Biológica	Sexo de los adultos mayores del geriátrico Santa Ana	<ul style="list-style-type: none"> ○ Masculino ○ Femenino
AUTONOMÍA FUNCIONAL	Grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo con habilidad de actuar y desempeñarse en la vida diaria.	Biológica	Índice de Katz modificado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ INDEPENDENCIA ➤ AYUDA ➤ DEPENDENCIA
			Escala de Tinetti modificada (equilibrio)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ RIESGO ALTO DE CAÍDAS ➤ RIESGO DE CAÍDAS ➤ MENOR RIESGO DE CAÍDAS
AUTONOMÍA PSÍQUICA	Grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como desean haciendo uso de su capacidad mental	Biológica	Evaluación cognitiva (MMSE) modificado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 14 a 19 puntos NO sugiere déficit cognitivo ➤ 13 puntos o menos SI sugiere déficit cognitivo
			Escala de Pfeiffer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 puntos o más sugieren - DÉFICIT COGNITIVO. ➤ Menos de 6 puntos - NORMAL
			La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	<ul style="list-style-type: none"> ➤ NORMAL ➤ PROBABLE DEPRESIÓN ➤ DEPRESIÓN ESTABLE



<p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)</p>	<p>Es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. NANDA los ordena en forma taxonómica donde la enfermera/o se apoya para hacer el proceso de atención de enfermería</p>	<p>Biológica</p>	Dominio 1	<ul style="list-style-type: none"> • Clase 1 • Clase 2
			Dominio 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clase 1 ○ Clase 2 ○ Clase 3 ○ Clase 4 ○ Clase 5
			Dominio 3	<ul style="list-style-type: none"> • Clase 1 • Clase 2 • Clase 3 • Clase 4
			Dominio 4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clase 1 ○ Clase 2 ○ Clase 3 ○ Clase 4 ○ Clase 5
			Dominio 5	<ul style="list-style-type: none"> • Clase 1 • Clase 2 • Clase 3 • Clase 4 • Clase 5
			Dominio 6	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clase 1 ○ Clase 2 ○ Clase 3
			Dominio 7	<ul style="list-style-type: none"> • Clase 1 • Clase 2 • Clase 3
			Dominio 8	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clase 1 ○ Clase 2 ○ Clase 3
			Dominio 9	<ul style="list-style-type: none"> • Clase 1 • Clase 2 • Clase 3
			Dominio 10	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clase 1 ○ Clase 2 ○ Clase 3
			Dominio 11	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clase 1 ○ Clase 2 ○ Clase 3 ○ Clase 4 ○ Clase 5 ○ Clase 6
			Dominio 12	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clase 1 ○ Clase 2 ○ Clase 3

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none">• Aplicación de test	<ul style="list-style-type: none">• Índice de Katz modificado• Escala de Tinetti modificada (equilibrio)• Evaluación cognitiva (MMSE)• Escala de Pfeiffer• La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
<ul style="list-style-type: none">• Observación directa	<ul style="list-style-type: none">• Sentido de la Visión

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Primera fase

Se efectuó revisiones bibliográficas, en este proceso se encontró información referente al envejecimiento, autonomía física y psíquica de los adultos mayores y también los test de valoración (índice de Katz, escala de Tinetti, evaluación cognitiva MMSE, escala de Pfeiffer y escala de Yesavage)

Segunda fase

Ejecución y aplicación de los test a los adultos mayores, en primera instancia se solicitó la autorización firmada por parte de la administradora del centro, se trazó un cronograma de trabajo, aplicamos las 5 valoraciones que nos tomó una hora y media aproximadamente, se trabajó con un promedio de 2 a 3 pacientes por día.

Para las valoraciones se utilizó el área de fisioterapia, previo a la evaluación se entablaba un pequeño dialogo para obtener la confianza del adulto



mayor. Al estar de acuerdo con lo propuesto, procedíamos a la firma del consentimiento informado.

Comenzamos con el test del Índice de Katz, para recabar información sobre las actividades básicas de la vida diaria, se realizó preguntas una por una con voz clara y alta.

Continuamos con la escala de Tinetti que valora el equilibrio, tanto sentado como de pie y de marcha, mientras uno daba las instrucciones y se percataba de la seguridad del adulto mayor, otro compañero registraba los resultados.

En la valoración cognitiva se aplicó, el test de Evaluación cognitiva (Mmse) modificado y la Escala de Pfeiffer, de la misma manera se realizó las preguntas de una forma pausada con voz clara y alta.

Finalmente se valoró la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, con la misma técnica de voz pausada, clara y fuerte realizamos las preguntas y no encontramos mayores contratiempos.

Tercera fase

Esta fase constituye el análisis y presentación de los resultados, los mismos que fueron ingresados al programa SPSS, Microsoft Excel y Microsoft Word.

Cuarta fase

Finalmente con los resultados se determinaron los diagnósticos más prevalentes en los adultos mayores, con la ayuda de los libros de la taxonomía NANDA NOC–NIC y sitios web se logró plasmar los diagnósticos en la guía PLACE

De esta forma elaboramos 12 diagnósticos de enfermería con sus respectivas intervenciones y resultados.



PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis se realizó a través de la estadística descriptiva y mediante programas como:

- **Microsoft Office Word:** Es un software que permite el procesamiento de textos.
- **SPSS:** Es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información que es capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos generando, desde sencillos gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos hasta análisis estadísticos complejos que permiten descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables, predecir comportamientos
- **Excel:** Es una Hoja Electrónica de cálculo que nos permite elaborar tablas, gráficos y formatos que incluyan cálculos matemáticos mediante fórmulas.
- **PLACE:** Planes de Cuidados de Enfermería son el conjunto de actividades que realiza la enfermera y el enfermero, para la descripción, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas, y no solo en las situaciones de enfermedad.
- **Guía PLACE:** guía estructurada para plasmar los Planes de Cuidados de Enfermería la misma que ha sido tomada de la Universidad de Zaragoza.

ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar el aspecto ético de esta investigación nos regimos a las “Normas éticas para investigaciones con sujetos humanos” impuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo que garantiza la protección de las personas que participaron en el estudio.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla N°1. Distribución de los 38 adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana, según: sexo y edad. Cuenca, 2014.

EDAD	SEXO					
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
56 - 65	1	2,6	3	7,9	4	10,5
66 - 75	5	13,2	7	18,4	12	31,6
76 - 85	2	5,3	7	18,4	9	23,7
86 - 95	7	18,4	6	15,8	13	34,2
TOTAL	15	39,5	23	60,5	38	100,0

FUENTE: formulario
ELABORADO POR: los autores

En la presente tabla observamos que de 38 encuestas aplicadas a los adultos mayores, el 34,2% se encuentran entre los 86 y 95 años, de ellos el 18,4 son hombres y el 15,8 son mujeres; el 31,6% que pertenece a las edades entre los 66 y 75 años, de ellos el 13,2% son hombres y el 18,4% son mujeres. En el Centro Geriátrico el 60,5% son mujeres y el 39,5% son hombres.

Tabla N°2. Distribución de los 38 adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana, según: Índice de katz. Cuenca

ÍNDICE DE KATZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Nº	%
INDEPENDIENTE	25	65,8
NECESITA AYUDA	7	18,4
DEPENDIENTE	6	15,8
TOTAL	38	100

FUENTE: formulario
ELABORADO POR: los autores

En la presente tabla observamos que de 38 encuestas aplicadas a los adultos mayores el 65,8% son independientes, el 18,4% necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y el 15,8% son completamente dependientes.

Tabla N°3. Distribución de los 38 adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana, según: Escala de Tinetti. Cuenca, 2014.

ESCALA DE TINETTI	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Nº	%
BAJO RIESGO DE CAIDAS	15	39,50
ALTO RIESGO DE CAIDAS	9	23,70
RIESGO DE CAIDA	10	26,30
EXCLUIDOS	4	10,50
TOTAL	38	100,00

FUENTE: formulario
ELABORADO POR: los autores

En la presente tabla observamos que de 34 encuestas aplicadas a los adultos mayores el 39,50% tiene bajo riesgo de caídas, el 23,70% tiene alto riesgo de caídas, el 26,30% tiene riesgo de caídas y el 10,50% representan 4 adultos mayores excluidos.

Esto nos sugiere que el 39,50% de los adultos mayores tienen autonomía funcional en cuanto al equilibrio y marcha.

Tabla N°4. Distribución de los 38 adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana, según: Test Cognitivo (MMSE) Modificado. Cuenca, 2014.

TEST COGNITIVO (MMSE) MODIFICADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Nº	%
NO SUGIERE DEFICIT	9	23,7
SI SUGIERE DEFICIT	29	76,3
TOTAL	38	100,0

FUENTE: formulario

ELABORADO POR: los autores

En la presente tabla observamos que de 38 encuestas aplicadas a los adultos mayores el 76,3% si sugieren déficit y el 23,7% no sugiere déficit.



Tabla Nº5. Distribución de los 38 adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana, según: Escala de Pfeiffer. Cuenca, 2014.

ESCALA DE PFEIFFER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Nº	%
SI SUGIERE DEFICIT	29	76,3
NO SUGIERE DEFICIT	9	23,7
TOTAL	38	100,0

FUENTE: formulario
ELABORADO POR: los autores

En la presente tabla observamos que de 38 encuestas aplicadas a los adultos mayores el 76,3% si sugieren déficit y el 23,7% no sugiere déficit.

Tabla N°6. Distribución de los 38 adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana, según: Escala de Depresión Yesavage. Cuenca, 2014.

ESCALA DE DEPRESION YESAVAGE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Nº	%
NORMAL	12	31,6
PROBABLE DEPRESIÓN	16	42,1
DEPRESIÓN ESTABLE	5	13,2
EXCLUIDOS DISCAPACITADOS	5	13,2
TOTAL	38	100,0

FUENTE: formulario
ELABORADO POR: los autores

En la presente tabla observamos que de 33 encuestas aplicadas a los adultos mayores el 42,1% presentan probable depresión, el 31,6% se encuentran normales, el 13,2% con depresión estable y el 13,2% representan a los 5 adultos mayores excluidos discapacitados.



ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Para la elaboración de los Diagnósticos de enfermería con la Taxonomía NANDA NOC NIC se tomó la guía PLACE estructurada por la Universidad de Zaragoza.

En cada PLACE (Plan de cuidados de enfermería) está especificado el Dominio y Clase con los códigos al que pertenecen, el diagnóstico de enfermería va acompañando de factores relacionados y características definitorias las que han sido tomadas del libro NANDA.

Para la elaboración del NOC, debe constar de resultados con su respectivo código, Dominio, Clase e Indicadores cada uno tiene una escala de medición (Escala de Likert), para dar una puntuación a cada indicador se toma en cuenta los test de valoración aplicada al adulto mayor, los resultados encontrados son tomados del libro NOC, así mismo la puntuación DIANA, esta basado en la valoración clínica previa a la intervención de enfermería.

Finalmente se elabora las intervenciones de enfermería (NIC), consta de Campo y Clase, hay intervenciones de colaboración e independientes cada una con su respectivo código, una vez seleccionadas las actividades se complementa con el fundamento científico. Al final de la GUIA PLACE se coloca los nombres de las personas que han elaborado junto con la Bibliografía obtenida, adjuntamos a continuación los 12 diagnósticos de enfermería.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERA (PLACE)							
DOMINIO: (4) Actividad/ Reposo	CLASE: (5) Autocuidado	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA
Deterioro de la habilidad para la traslación (00090), relacionado con el deterioro neuromuscular debido a que las neuronas disminuyen su función o mueren y la comunicación entre el sistema nervioso y los músculos se interrumpen esto, manifestado por: Incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares.		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
RESULTADOS Ambular (0200) DOMINIO. Salud funcional (I) CLASE. Movilidad (C)	(020008) Sube cuestas	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
	020009) Baja cuestas	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)							
CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO						CLASE: (A) CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN (0221)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.• Ayudar al paciente en el traslado.• Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial.• Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulaci3n• Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas.• Aplicar/ proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulaci3n		El deterioro neuromuscular genera debilidad, fatiga, parestesias musculares, con la deambulaci3n incrementaremos la fuerza, resistencia, flexibilidad de los m3sculos, evitaremos rigidez articular, atrofia y mejorar3 su fuerza y tono muscular, adem3s proporcionaremos mayor oxigenaci3n celular a los tejidos. Y el brindar un dispositivo de ayuda, disminuye el riesgo de ca3da y genera mayor confianza en el adulto mayor.
ELABOR3:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo.	

Referencia. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. Universidad de Zaragoza
NANDA Internacional, Diagn3sticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificaci3n de intervenciones de enfermer3a (NIC), cuarta edici3n.
Clasificaci3n de resultados de enfermer3a (NOC), tercera edici3n.
OPS: Enfermer3a Gerontol3gica, CONCEPTOS PARA LA PRACTICA.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)									
DOMINIO: (4) Actividad/ Reposo	CLASE: (2) Actividad/ Ejercicio	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A		RESULTADOS	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA
				Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
		Deterioro de la deambulación (00088) relacionado con el desgaste del sistema musculo esquelético debido a la pérdida de la fuerza muscular (calidad muscular) y al descenso en el número de células musculares (masa muscular) manifestado por el deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.		AMBULAR(0200)					
DOMINIO: Salud funcional (I)	(020003) Camina a paso lento			1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
CLASE: Movilidad(C)	(02004) Camina a paso moderado			1	2	3	4	5	Mantener a: 2
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)									
CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO						CLASE: (A) CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO			



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: TERAPIA DE EJERCICIO: AMBULACION (0221)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Vestir al paciente con prendas cómodas.• Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.• Enseñar al paciente a colocarse en la posici3n correcta durante el proceso de traslado• Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los límites de seguridad.• Instruir al paciente / cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulaci3n seguras• Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulaci3n si el paciente no camina bien.		<p>“Los músculos proporcionan la fuerza y la resistencia para mover el cuerpo. La coordinaci3n, aunque dirigida por el cerebro, resulta afectada por cambios en los músculos y en las articulaciones”. Al existir un desgaste tanto muscular como 3seo existe dificultad para un correcto traslado.</p> <p>Para mejorar las funciones musculares y la salud 3sea es importante usar prendas y calzado c3modo adem3s de aplicar la mecánica corporal al momento del traslado.</p> <p>La deambulaci3n y la actividad física estimulan al sistema musculo esquelético, mantiene el tono y la fuerza muscular y ayuda a mantener su autonomía funcional.</p>
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo	

REFERENCIA. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
NANDA Internacional, Diagn3sticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificaci3n de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edici3n.
Clasificaci3n de resultados de enfermería (NOC), tercera edici3n.
Www. es.wikipedia.org/wiki/Músculo esquelético



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)									
DOMINIO: (4) Actividad/ Reposo	CLASE: (2) Actividad/ Ejercicio	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A		RESULTADOS	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA
Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con la reducción del repertorio motor, lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular lo que provoca descoordinación y torpeza motriz, manifestado por disminución del tiempo de reacción, limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas y gruesas, limitación de la amplitud de movimientos y enlentecimiento del movimiento.				Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
		MOVILIDAD(0208) DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad(C)	(020802) Mantenimiento de la posición corporal	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
			(020803) Movimiento muscular	1	2	3	4	5	Aumentar a: 2
			(020804) Movimiento articular	1	2	3	4	5	Aumentar a: 2
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)									
CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO						CLASE: (A) CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO			



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE FOMENTO DEL EJERCICIO (0200)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Indicar al adulto mayor que actividades físicas puede realizar a diario y el tiempo que debe dedicar.• Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico• Preparar al paciente en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio• Instruir al paciente en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados• Ayudar al paciente a mejorar la motricidad fina: coordinación acertada entre manos y ojos, pies y ojos.• Indicar la manera de manipular las manos y los dedos para tomar objetos.• Instruir al paciente sobre la postura y el control de los movimientos corporales, este ayudara a mejorar la motricidad gruesa.		Las habilidades motoras finas involucran a los músculos más pequeños del cuerpo, mientras que las motoras gruesas implican los músculos más grandes, es por ello que en los adultos mayores al existir deterioro de los músculos y huesos se ve afectada su repertorio motriz. El ejercicio físico influye positivamente en el estado de salud de los adultos mayores y genera beneficios biológicos, psicológicos y sociales
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo	

REFERENCIA. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.
http://www.ehowenespanol.com/tipos-habilidades-motoras-lista_100137/



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)									
DOMINIO: (4) Actividad/ Reposo	CLASE: (2) Autocuidado	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	RESULTADOS Autocuidados comer (0303) DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Autocuidado (D)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA	
Déficit de autocuidado: alimentación (00102), relacionado con el deterioro cognitivo debido a que el cerebro y las neuronas se atrofian generando enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora, manifestado por: Incapacidad para manejar los utensilios, Incapacidad para coger la taza o el vaso e Incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura.		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido			
		(030303) Maneja utensilios	1	2	3	4	5		Aumentar a: 4
		(030305) Coge tazas o vasos	1	2	3	4	5		Aumentar a: 3
	(030310) Coloca la comida en la boca	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3		
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)									
CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO					CLASE: (F). FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS				



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: AYUDA AL AUTOCUIDADO EN LA ALIMENTACIÓN (1803)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Utilizar platos y vasos irrompibles y livianos.• Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios).• Permanecer junto al paciente en caso de requerir ayuda para llevar la comida a la boca.		En el envejecimiento la capacidad de reserva funcional está disminuida, por lo que la coordinación sensorio-motora y la disminución de la fuerza muscular, dificulta la fácil manipulación de los utensilios, razón por la cual se requiere disminuir la dificultad en la autoalimentación
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo	

Referencia. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. Universidad de Zaragoza
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.
OPS: Enfermería Gerontológica, CAMBIOS FÍSICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA VEJEZ



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)								
DOMINIO: (4) Actividad/ Reposo	CLASE: (2) Actividad/ Ejercicio	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A Déficit de autocuidado: baño / higiene (00108) relacionado con el deterioro musculoesquelético debido a la pérdida de masa muscular y fuerza conlleva una serie de cambios estructurales y funcionales a nivel muscular la degeneración de estos sistemas, es causa de dependencia en las actividades básicas de la vida como el cuidado de la higiene, manifestado por la incapacidad para acceder al cuarto de baño, para lavarse y secarse el cuerpo	RESULTADOS Autocuidados: baño (0301)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA
	DOMINIO: Salud funcional (I)		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
	CLASE: Autocuidado (D)	(030101) Entra y sale del cuarto de baño	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
		(030114) se lava la parte superior del cuerpo	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
		(030115) Se lava la parte inferior del cuerpo	1	2	3	4	5	Mantener a: 1
	(030111) Se seca el cuerpo	1	2	3	4	5	Aumentar a: 2	



CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO: (3) CONDUCTUAL	CLASE: (F) FACILITACION DE LOS AUTOCUIDADOS
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/ HIGIENE (1801)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Colocar toallas, jabón, desodorante, y demás accesorios necesarios en el baño.• Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño)• Comprobar la limpieza de las uñas según la capacidad de autocuidados del paciente.• Facilitar que el paciente se bañe el mismo.• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados.• Indicar al paciente la importancia de la higiene personal y de los hábitos que puede adoptar a su estilo de vida.	La higiene corporal es importante para purificar la piel de bacterias y eliminar la transpiración y los olores que el cuerpo produce. En el adulto mayor el deterioro del sistema musculoesquelético es causa de dependencia en las actividades de la vida diaria tales como en la higiene, la falta de la misma puede tener algunas ramificaciones sociales y de salud como conducir a una infección por estafilococo llamada MRSA, o Staphylococcus aureus puede ocasionar enfermedades graves, como enfermedades sanguíneas y neumonía.
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo

REFERENCIA. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.
http://www.ehowenespanol.com/importancia-higiene-personal-sobre_107031/



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)								
DOMINIO: (4) Actividad/ Reposo	CLASE: (2) Actividad/ Ejercicio	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	RESULTADOS	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTAJACIÓN DIANA
Déficit de autocuidados: Uso del inodoro (00110) relacionado con el deterioro de la movilidad debido a una reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de funciones relacionadas con el sistema neuro-músculo- esquelético, manifestado por la incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación, incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal, incapacidad para sentarse y levantarse del inodoro o del orinal.			Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
	Autocuidados: uso del inodoro (0310)	(031003) Entra y sale del cuarto de baño.	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
	DOMINIO: Salud funcional (I)	(031005) Se coloca en el inodoro o en el orinal.	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
	CLASE: Autocuidado (D)	(031007) Se limpia después de orinar o defecar	1	2	3	4	5	Aumentar a: 2
		(031008) Se levanta del inodoro	1	2	3	4	5	Aumentar a: 2



CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO	CLASE: B) CONTROL DE LA ELIMINACIÓN
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS ELIMINACIÓN (1804)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación• Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad• Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.• Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.• Enseñar al paciente la rutina del aseo.• Indicar al paciente que permanezca activo y evite la inmovilidad• Enseñar ejercicios que mejoren la movilidad y destreza de la musculatura que regula la micción (Ejercicios Kegel)	En el adulto mayor al existir deterioro de músculos, huesos y articulaciones se ve afectada su capacidad para realizar actividades de la vida diaria entre ellas están el uso del inodoro y la adecuada higiene tras la eliminación intestinal o vesical, esto evita infecciones. Cuando los músculos del suelo de la pelvis se debilitan, se pueden fortalecer de nuevo mediante ejercicios específicos. Los ejercicios Kegel son ideales para las personas que necesitan recuperar el control de esfínteres y padecen pérdidas de orina. Practicar estos ejercicios de forma diaria mejora considerablemente los síntomas.
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo

REFERENCIA. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)										
DOMINIO: (4) Actividad/ Reposo	CLASE: (5) Autocuidado	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)								
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	RESULTADOS	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA		
Déficit de autocuidados, vestido/arreglo personal (00109) relacionado con el deterioro musculo esquelético que limita la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo, manifestado por la incapacidad para ponerse los calcetines, para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo, para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo.			Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido			
			Autocuidados: vestir (0302) DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Autocuidado (O)	1	2	3	4		5	Aumentar a: 3
			(030211) Se quita la ropa	1	2	3	4		5	Aumentar a: 4
	(030210) Se pone los zapatos	1	2	3	4	5	Aumentar a: 4			
(030209) Se pone los calcetines	1	2	3	4	5	Aumentar a: 4				
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)										
CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO				CLASE: (F) FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS						



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: VESTIR (1630)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">Elegir los zapatos / zapatillas que faciliten un caminar o deambulación segurosVestir al paciente con ropas que no le aprietenFomentar su participación en la elección de la vestimentaIdentificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para el vestirVestir al paciente después de completar la higiene personal		Al existir el deterioro del sistema musculo esquelético hay una disminución de la movilidad, tono y fuerza muscular por lo que dificulta al paciente realizar sus actividades como la de vestirse, estas actividades ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente y a estimular la capacidad de realizar esta actividad.
CAMPO: (1) FISIOLÓGICO BÁSICO		CLASE: (F) FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: AYUDA CON LOS AUTO CUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL (1802)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.		Estas actividades ayudan a fomentar la seguridad del paciente, a mantener el movimiento, el tono y fuerza muscular, de esta manera se ayuda a su funcionalidad
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo	

Referencia. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. Universidad de Zaragoza
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)												
DOMINIO: (5) Percepción / cognición	CLASE:(4) Cognición	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)										
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	RESULTADOS	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA				
			Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido					
			Confusión crónica(00109) relacionada con el deterioro irreversible, de larga duración o progresivo del intelecto y de la personalidad manifestado por el fallo cognitivo progresivo o de larga duración, de la interpretación o respuesta a los estímulos y de la memoria (a corto plazo y remota)	Cognición (0900)	(090005) Está orientado	1	2		3	4	5	Aumentar a: 3
			DOMINIO: Salud fisiológica (II)	(090011) Toma decisiones apropiadas	1	2	3		4	5	Aumentar a: 3	
CLASE: Neurocognitiva (J)	(090009) Procesa la información	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3					
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)												
CAMPO: (3) CONDUCTUAL						CLASE: P) TERAPIA COGNITIVA						



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA (4720)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.• Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.• Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas.• Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.		Estas actividades ayudan a estimular la función cognitiva que se ve afectada por la degeneración neuronal.
CAMPO: (4) SEGURIDAD		CLASE: (V) CONTROL DE RIESGOS
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: MANEJO DE LA DEMENCIA (6460)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Seleccionar actividades individuales o grupales acordes a las capacidades cognitivas e intereses del paciente• Establecer periodos de reposo para evitar la fatiga y reducir el estrés• Evitar frustración del paciente interrogándole con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas		Al existir el deterioro del SNC por el proceso de envejecimiento provoca disminución de su función cognitiva, estas actividades ayudan a mantener esta función y a desacelerar el deterioro por este proceso degenerativo.
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo	

Referencia. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. Universidad de Zaragoza
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)									
DOMINIO:(5) Percepción/ cognición	CLASE: (5) Comunicación	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	RESULTADOS Comunicación (0902) DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Neurocognitiva (J)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA	
Deterioro de la comunicación verbal(00051) relacionado con la alteración del sistema nervioso central que provoca una disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos, manifestado por la dificultad para formar palabras o frases (p. ej. afonía, dislalia, disartria), hablar o verbalizar con dificultad y una pronunciación poco clara.			Gravemente comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido		
			1	2	3	4	5		Aumentar a: 3
			1	2	3	4	5		Aumentar a: 4
	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3			



CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO: (3) CONDUCTUAL	CLASE: (Q) POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA (4976)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que repita las palabras • Estar de pie delante del paciente al hablar • Realizar terapias de lenguaje-habla prescritas durante los contactos informales con el paciente 	Como existe el deterioro del SNC y la disminución de la función cognitiva, estos eventos causan la alteración de la habilidad del habla, estas actividades intervienen en este aspecto ayudando a mantener y mejorar esta función del adulto mayor.
CAMPO: (3) CONDUCTUAL	CLASE: (Q) POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: ESCUCHA ACTIVA (4920)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés en el paciente. • Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido, de la conversación. • Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas. • Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura). 	Por este proceso degenerativo del SNC el paciente necesita acciones que ayuden a detectar y a realizar una valoración constante del progreso, mantenimiento o deterioro de la función del habla.
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo

Referencia. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. Universidad de Zaragoza
 NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
 Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
 Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)								
DOMINIO: (6) Autopercepción	CLASE:(2) Autoestima	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	RESULTADOS Autoestima (1205) DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Bienestar psicológico (M)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA
Baja autoestima crónica (00119) relacionada con una adaptación ineficaz a una pérdida lo que provoca autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades manifestado por expresiones negativas sobre sí misma y una autoevaluación de incapacidad de afrontar los acontecimientos.		Nunca Positivo	Raramente Positivo	A veces Positivo	Frecuentemente Positivo	Siempre Positivo		
		(120511) Nivel de confianza	1	2	3	4	5	Aumentar a: 4
		(120507) Comunicación abierta	1	2	3	4	5	Aumentar a: 4
	(120502) Aceptación de las propias limitaciones	1	2	3	4	5	Aumentar a: 4	
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)								
CAMPO: (3) CONDUCTUAL				CLASE: (R) AYUDA PARA HACER FRENTE ASITUACIONES DIFÍCILES				



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA (5400)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación• Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos• Animar al paciente a evaluar su propia conducta• Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse		El proceso de envejecimiento lleva no solo a cambios físicos sino a cambios psicosociales que afectan al adulto mayor dentro de estos se encuentran las pérdidas afectivas, de roles, de estatus, de apoyo y de objetos, esto trae como consecuencia un declive de la autoestima del paciente, las actividades a realizar están enfocadas a mejorar esta condición
CAMPO: (3) CONDUCTUAL		CLASE: (R) AYUDA PARA HACER FRENTE ASITUACIONES DIFÍCILES
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: APOYO EMOCIONAL (5270)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Comentar la experiencia emocional con el paciente.• Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.• Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias		El paciente al encontrarse en esta etapa de la vida le inunda pensamientos de temor (enfermedades, invalidez, la muerte), dificultad para afrontar problemas, se siente frustrado, tiene sentimientos de ser marginado, todo esto a causa de la disminución de su autonomía funcional y psíquica, estas acciones van dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente en este aspecto.
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo	

Referencia. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. Universidad de Zaragoza
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)								
DOMINIO: (5) Percepción/ cognición	CLASE:(4) Cognición	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	RESULTADOS	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA
Deterioro de la memoria (00131), relacionado con trastornos neurológicos, debido al engrosamiento de las meninges, atrofia cerebral, disminución de la sustancia gris y blanca manifestada por: Incapacidad para recordar acontecimientos, experiencia de olvidos e incapacidad para aprender nueva información.			Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
	Cognición (0900) DOMINIO: salud fisiológica (III)	(090009) Procesa la información	1	2	3	4	5	Aumentar a: 4
	CLASE: Neurocognitiva (I)	(090006) Manifiesta memoria reciente	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
		(090008) Manifiesta memoria remota	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)								
CAMPO: (3) CONDUCTUAL					CLASE: (P) TERAPIA COGNITIVA			



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA (4760)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none">• Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.• Recordar experiencias pasadas con el paciente.• Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente• Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos cognitiva.• Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.		Durante el envejecimiento, los sistemas se encuentran en un proceso de declinación, uno de los más relevantes en el adulto mayor es la disminución de la materia gris y blanca donde reside la memoria y la inteligencia, también se encarga de guardar toda la información recibida, estas actividades proporcionarán estímulos en el cerebro y permitirán que las funciones cerebrales trabajen en el procesamiento, análisis, interpretación y memoria de largo plazo
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo	

Referencia. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. Universidad de Zaragoza
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición.
OPS: Enfermería Gerontológica, CAMBIOS FÍSICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA VEJEZ.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)								
DOMINIO: (6) Autopercepción	CLASE: (1) Autoconcepto	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS (NOC)						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N.A.N.D.A	RESULTADOS	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA
			Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
Desesperanza (00124), relacionado con el deterioro del estado fisiológico debido a que las funciones básicas del organismo se encuentran disminuidas generando en el adulto mayor pérdida de su autonomía, llevando a una fragilidad afectiva esto, manifestado por: disminución de las emociones y claves verbales (ej. Contenidos pesimistas, no puedo, suspiros).	Nivel de depresión (1208) DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Bienestar psicosocial (M)	(120814) Tristeza	1	2	3	4	5	Aumentar a: 4
		(120801) Estado de ánimo deprimido	1	2	3	4	5	Aumentar a: 3
		(120812) Pensamiento recurrente de muerte	1	2	3	4	5	Aumentar a: 4
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)								
CAMPO : (3) CONDUCTUAL						CLASE: (R) AYUDA PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFÍCILES		



INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: DAR ESPERANZA (5310)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none">• Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estadio temporal.• Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados• Comentar la experiencia emocional con el paciente.• Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.• Proporcionar apoyo durante la negación, ira y aceptación de las fases del sentimiento de pena.• Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.• Emplear una guía de revisión y/o reminiscencias de la vida.• Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente.• Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente sólo como una faceta de la persona.• Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.• Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).		Los factores psicosociales en el adulto mayor se presentan con mayor potencia, la función del entorno, las actividades, las estructuras sociales y las relaciones personales se ven comprometidas cuando el anciano cambia su estilo de vida en un centro geriátrico, los sentimiento de abandono las pérdidas de la funciones, enfermedades degenerativas, provoca alteración del estado emocional en el adulto mayor, por lo que el acompañamiento afectivo genera mayor confianza y el brindar apoyo, cariño, comprensión, tolerancia, pacífica ciertos estados emocionales.
ELABORÓ:	C. Hidalgo, J. Huiracocha, A. Jaramillo	

Referencia. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO NNN. Universidad de Zaragoza
NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificaciones 2009-2011
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), cuarta edición.
Clasificación de resultados de enfermería (NOC), tercera edición

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

En la presente tesis, se investigó los porcentajes de autonomía funcional y psíquica que presentan los adultos mayores de la Fundación Geriátrica Santa Ana, con un número de 38 adultos mayores entre hombre y mujeres, se aplicaron 5 valoraciones, dos de ellos para valorar la actividad funcional y tres para la función cognitiva, también se logró determinar la edad porcentual y el sexo predominante de la comunidad geriátrica, y como resultado esperado se establecieron diagnósticos de enfermería con actividades para la atención, con base a esto, los resultados obtenidos han permitido responder a las interrogantes que han surgido para realizar esta investigación.

De acuerdo con los resultados encontrados referentes a sexo y edad, se puede exponer que el sexo femenino predomina con un 60,5% al sexo masculino que corresponden un 39,5%, el porcentaje comparado con los datos que proporciona el INEC indican que un 53% son mujeres y un 47% hombres en el país, lo que justifica al sexo femenino predominante en la comunidad geriátrica. Por otra parte, la edad que predomina corresponde a la de 86 a 95 años con un 34,2%, en cambio la de menor porcentaje es la que oscila entre las edades de 56 a 65 con un 10,5%.

En la valoración funcional, correspondiente a las actividades básicas, se encuentra un mayor porcentaje de adultos mayores relacionados con un 65,8% que son completamente independientes, un porcentaje similar presenta “Luis Zavaleta, en lima-Perú al investigar en un centro geriátrico, encontrando el 65% de la población independiente”⁴⁵, cifras que son iguales a nuestra investigación, a pesar de ello, en “Santiago de Chile encontramos

⁴⁵Zavaleta L. Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor. [internet] Lima-Perú 2011 [citado 23 mayo 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2876/1/zavaleta_cl.pdf.



un porcentaje mayor de independencia, correspondiente a un 70.1% en la comuna de Chillán Viejo”⁴⁶

Con respecto a la valoración de riesgo de caídas, obtuvimos un porcentaje alto de adultos mayores con bajo riesgo, representando un 39,50%, sin embargo el 23,70% tienen alto riesgo y el 26,3% tienen riesgo de caída. Concluyendo que la mayoría de adultos mayores de la fundación presentan bajo riesgo de caídas.

En la valoración cognitiva, existe la evidencia de un alto porcentaje de déficit cognitivo correspondiente al 76,3% de todos los internos, por lo que determinamos que el grado de autonomía psíquica se encuentra limitada más los procesos de declinación propios del envejecimiento generan dependencia. Así también encontramos adultos mayores con un 42,1% que presentan probable depresión y apenas un 13,2% con una depresión estable, factor de riesgo que contribuye en la función cognitiva del adulto mayor y por consiguiente, el grado de autonomía psíquica se encuentra limitada.

Los autores Luis Varela, Helver Chávez, Miguel Gálvez y Francisco Méndez, en su investigación: CARACTERÍSTICAS DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y A NIVEL NACIONAL DE CHILE determinan que, “es llamativa la presencia de deterioro cognitivo en casi el 50% de la población hospitalizada estudiada; el 22% de la población lo presenta en grado moderado-severo.”⁴⁷ La licenciada Marisol Jara, psicóloga, luego de un análisis del deterioro cognitivo en el adulto mayor indica que cualquier tipo de programa o terapia cognitiva aplicado a la población longeva, beneficia las funciones cognitivas de las personas adultas mayores, debido a que no solo están centradas en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose

⁴⁶ Lara J., Pinto C., Espinoza E. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. Rev Chil Salud Pública 2010; Vol. 14 (2-3): 291-310.

⁴⁷ Varela L., Chávez J., Gálvez C., Méndez F. características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado y a nivel nacional. Scielo [Internet]. 2004 [citado 20 mayo 2014]; vol. 17, no 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a02v17n2>

intervenir a la persona adulta mayor de forma integral y así aumentar su autonomía psíquica.”⁴⁸

Por consiguiente, en nuestro estudio determinamos que de toda la comunidad geriátrica Santa Ana, encontramos un alto porcentaje de adultos mayores funcionales independientes en actividades físicas, pese a ello evidenciamos que la autonomía psíquica se encuentra dando como resultado adultos mayores dependientes.

Por otra parte, en base a los test realizados a los 38 adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana, se elaboraron los diagnósticos de enfermería con la taxonomía NAN, NOC-NIC, entre los dominios más acertados con nuestra investigación son: Dominio 4, 5, 6 y 11 con sus diferentes clases.

Conjuntamente con los resultados del análisis de las tablas, determinamos los siguientes diagnósticos mas relevantes que se encuentran comprometiendo la autonomía tanto funcional como psíquica en los adultos mayores, entre ellos tenemos: Deterioro de la deambulacion, Deterioro de la movilidad física, Déficit de autocuidado: baño / higiene, Déficit de autocuidados: uso del inodoro, Déficit de autocuidados, vestido / acicalamiento, Déficit de autocuidados: alimentación, Confusión crónica, Deterioro de la comunicación verbal, Baja autoestima crónica, Deterioro de la habilidad para la traslación, Deterioro de la memoria y Desesperanza. Cada diagnostico se ha elaborado con sus respectivos NOC-NIC.

Es importante remarcar la valoración de autonomía en la funcionalidad integral del adulto mayor, con ello podemos plantear actividades de prevención, de mantenimiento y tratamiento de la capacidad funcional y de no ser así brindar un apoyo parcial o proporcionar rehabilitación, siempre sin perder de vista que el adulto mayor será sujeto de una atención integral multidisciplinar y que enfermería forma parte de este gran grupo de atención al adulto mayor.

⁴⁸ Jara M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Revista cúpula. [Internet]. [citado 20 mayo 2014]; vol. 22 no. 2. Disponible. en: www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf

CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<p>Determinar la autonomía funcional y psíquica en los adultos mayores del centro geriátrico Santa Ana.</p>	<p>Se pudo comprobar que existe autonomía funcional relativamente a las actividades físicas, sin embargo se evidencia deterioro y dependencia psíquica en los adultos mayores de la fundación.</p>
<p>Describir la población de estudio según sexo y edad.</p>	<p>En base al análisis de las tablas, se puede indicar que un 60,5% de toda la comunidad geriátrica, pertenece a mujeres y un 39,5% son varones.</p> <p>La edad más porcentual representa un 34,2% referente a una edad de 86 y 95 años, de este grupo el 18,4% son hombres y el 15,8% son mujeres</p>
<p>Evaluar el grado de autonomía funcional a través de los test de valoración: índice de Katz y escala de Tinetti a los adultos mayores</p>	<p>Los resultados del índice de Katz, nos indica que el 65,8% de adultos mayores son completamente independientes, el 18,4% necesita ayuda y el 15,8% es dependiente.</p> <p>En la valoración de la escala de Tinetti el dato más sobresaliente es de 39,50% lo que nos indica que existe un riesgo bajo de caída.</p>
<p>Evaluar el grado de autonomía psíquica a través de los test: Evaluación cognitiva MMSE, Escala de Pfeiffer y Escala de Yesavage a los adultos mayores.</p>	<p>Los resultados de la valoración cognitiva nos demuestran que el 76,3% de adultos mayores presentan déficit cognitivo. Con la escala de Yesavage se valoró el estado depresivo, el mismo que demuestra que el 42,1% presentan probable depresión.</p>
<p>Elaborar los principales diagnósticos de enfermería, aplicando la taxonomía NANDA.</p>	<p>En base a los resultados obtenidos, se elaboraron 12 planes de cuidados de enfermería desarrollados con la GUIA PLACE, estos vinculados con la taxonomía NANDA, NOC–NIC. Entre los dominios más desarrollados están: dominio 4 (actividad/reposo), 5 (percepción/ cognición), 6 (autopercepción) y 11 (seguridad/protección), cada uno con sus correspondientes clases.</p>

RECOMENDACIONES

Dada la importancia de la valoración y la atención adecuada y oportuna para mantener la autonomía en el adulto mayor se recomienda:

- Aplicar los test de valoración funcional y psíquica, durante el proceso de atención de enfermería, en la valoración se podrá identificar problemas reales o potenciales, lo que facilitará la atención oportuna y evitará que ciertos adultos mayores independientes sean dependientes.
- La estimulación cognitiva, no solo beneficia las funciones cognitivas de los adultos mayores sino también fortalece ciertos aspectos como la afectividad, personalidad, autoestima, recomendamos implementar programas o terapias cognitivas integrales para los adultos mayores.
- Generar un acompañamiento afectivo, emocional y personal con el adulto mayor para garantizar su confianza y proponer a los familiares ser parte de esta iniciativa.
- Se recomienda al personal de salud y al equipo multidisciplinario, ha ser parte de nuevas fuentes de investigación, con temas relevantes al cuidado, a la prevención, a la aplicación de programas integrales para el adulto mayor.

CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFÍA

1. Lara J., Pinto C., Espinoza E. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. RevChil Salud Pública 2010; Vol. 14 (2-3): 291-310.
2. Albala C. Autonomía y calidad de vida del adulto mayor. International Workshops on Population aging. 2010.
3. Segovia M.; Torres A. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Rincón Científico Comunicaciones, SCIELO Madrid, 2011; Gerokomos vol.22 no.4; versión impresa ISSN 1134-928X.
4. Segovia M.; Torres A. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Rincón Científico Comunicaciones, SCIELO Madrid, 2011; Gerokomos vol.22 no.4; versión impresa ISSN 1134-928X.
5. Segovia M.; Torres A. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Rincón Científico Comunicaciones, SCIELO Madrid, 2011; Gerokomos vol.22 no.4; versión impresa ISSN 1134-928X
6. Stella N., Contreras K., Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. R.C.S. P. SCIELO La Habana, 2012; Rev. Cubana Salud Pública vol.38 no.4; versión ISSN 0864-3466
7. Varela L., Chavez H., Galvez M., Mendez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev Soc. Perú Med. Interna. Scielo. 2012
8. Varela L., Chavez H., Galvez M., Mendez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. RevSoc Perú Med. Interna. Scielo. 2012
9. Stella N., Contreras K., Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. R.C.S. P. SCIELO La Habana, 2012; Rev. Cubana Salud Pública vol.38 no.4; versión ISSN 0864-3466
10. Betelli G. Evaluación preoperatoria en cirugía geriátrica: comorbilidad, estado funcional y la historia farmacológica. Minerva Anesthesiol. 2011 Jun.6
11. Landínez N.S., Contreras K., Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Scielo, Rev. Cubana Salud Pública. 2012; vol.38 no.4 Ciudad de La Habana.
12. LLanes C. Evaluación funcional y anciano frágil. Scielo, Rev. Cubana Enfermería versión On-line ISSN 1561-2961. 2009; vol.24 no.2 Ciudad de la Habana



13. Stellan N., Contreras K., Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Scielo, Rev. Cubana Salud Pública versión ISSN 0864-3466. 2012, vol.38 no.4 Ciudad de La Habana.
14. Stellan N., Contreras K., Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Scielo, Rev. Cubana Salud Pública versión ISSN 0864-3466. 2012, vol.38 no.4 Ciudad de La Habana.
15. Stellan N., Contreras K., Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Scielo, Rev. Cubana Salud Pública versión ISSN 0864-3466. 2012, vol.38 no.4 Ciudad de La Habana.
16. Betelli G. Evaluación preoperatoria en cirugía geriátrica: comorbilidad, estado funcional y la historia farmacológica. Minerva Anestesiol. 2011 Jun.6
17. Organización Mundial de la Salud, (internet), Envejecimiento y ciclo de vida, Abril 2012. Disponible en:
http://www.who.int/atunes/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index9.html.
18. Ministerio de Inclusión Económica y social, agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013, segunda edición. Disponible en:
http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_0ADULTOS.pdf
19. Instituto Nacional de estadísticas y censos, Censo de población y vivienda 2010, (internet). Disponible en: www.inec.gob.ec/estadisticas/.
20. Ecuador inmediato.com, Implementa Ecuador programas para atender a 1,3 millones de adultos mayores, 2013-07-12 Disponible en:
http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=200842&umt=implementa_ecuador_programas_para_atender_a_13_millones_adultos_mayores
21. Cárdenas M. comorbilidad e infección en el adulto mayor. Fund. Universitaria (Internet). 2010 (citado 20 mayo 2014). Disponible en:
http://www.almageriatria.info/pdf_files/col_09/alumnos_1/Mauricio%20Cardenas-%20comorbilidad%20%20%20infeccion.pdf
22. Universidad Autónoma de Madrid. Vejez y envejecimiento. Disponible en:
http://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2.../temas/.../tema2.pdf
23. Strejilevich L. Adultos Mayores. Algunos aspectos demográficos y sociosanitarios. elintransigente.com (Internet) 25/02/2010 (citado 20 mayo 2014); [37405.asp](http://www.elintransigente.com/notas/2010/2/25/editoriales-37405.asp) Disponible en:
<http://www.elintransigente.com/notas/2010/2/25/editoriales-37405.asp>
24. Plaza RL. Atención al adulto mayor. Monografía presentada a consideración del SEDES-Tarija. Tarija-Bolivia 2012. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos96/atencion-al-adulto-mayor/atencion-al-adulto-mayor2.shtml#ixzz32MnI8HNW>
25. Areyan Y., Psicología, cambios sociales en el adulto mayor. Club ensayos, (Internet). Marzo 2014, (20 mayo 2014); pagina 3. Disponible



- en: <http://clubensayos.com/Psicolog%C3%ADa/Cambios-Sociales-En-El-Adulto/638053.htm>
26. Plaza RL. Atención al adulto mayor. Monografía presentada a consideración del SEDES-Tarija. Tarija-Bolivia 2012. Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos96/atencion-al-adulto-mayor/atencion-al-adulto-mayor2.shtml#ixzz32Mnl8HNW>
27. Buenas tareas.com. Características del usuario adulto mayor: Cambios sociales. (Internet) Sep. 2010. Disponible en:<http://www.buenastareas.com/ensayos/Cambios-Sociales-En-El-Adulto-Mayor/722372.html>
28. O.P.S.; Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor (Internet). Parte I, Modulo 4.
Disponible en: [://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf)
29. Organización Mundial de la salud [Internet]. Nota descriptiva: OMS; 2012 [20 mayo 2014]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
30. Gobierno de Chile, Ministerios de Salud. Manual de prevención de caídas en el adulto mayor. [Internet]. Editores: Alicia Villalobos C., Rubén López L. año 2010 [21 mayo 2014].
Disponible: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>
31. Central civil de enfermeras.com. [Internet]. Sinaloa; Mazatlán, 2005 [actualizado 13 mayo 2014, fecha de consulta 20 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.centraldeenfermeras.com.mx/index.php/noticias/297-escala-de-tinetti.html>.
32. Duarte J. Estimulación Cognitiva en la Tercera Edad. M. Gerontología Social [Internet]. 2009; [20 mayo 2014] artículo n.18 Disponible en: <http://magistergerontologiasocial.wordpress.com/2008/01/25/estimulacion-cognitiva-en-la-tercera-edad/>
33. Ministerio de desarrollo social-chile. Envejecimiento activo. SENAMA. [Internet]. 2011 [citado 20 mayo 2014] Disponible en: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>
34. Ministerio de desarrollo social-chile. Envejecimiento activo. SENAMA. [Internet]. 2011 [citado 20 mayo 2014] Disponible en: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>
35. Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Valores normativos del test Minimental State Examination (MMSE) para la evaluación de la función cognitiva en población mayor de 64 años del municipio de Murcia: B.E.M. [Internet]. 2008; volumen 29. Número 711. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/142578-bem_diciembre.pdf
36. Alzheimer's society [Internet]. Londres: 2012 [actualizado enero 2014; citado 20 mayo 2014].

- Disponible:http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=121
37. Domínguez J. [Internet]. Sura.com. Depresión una enfermedad común en el adulto mayor [Internet] 2013 Disponible en: www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/depresion-comun-adulto-mayor.aspx#sthash.3y12IRX9.dpuf
38. Prescripción de enfermería.com [Internet]. España 2012 [actualizado 2013, citado 20 mayo 2014]. Disponible:<http://prescripcionenfermera.com/apuntes/nanda-noc-nic/tema-11-definicion-formulacion-y-tipos-de-diagnosticos-nanda-i/3>
39. Prescripción de enfermería.com [Internet]. España 2012 [actualizado 2013, citado 20 mayo 2014]. Disponible en:<http://prescripcionenfermera.com/apuntes/nanda-noc-nic/tema-11-definicion-formulacion-y-tipos-de-diagnosticos-nanda-i/3>
40. Prescripción de enfermería.com [Internet]. España 2012 [actualizado 2013, citado 20 mayo 2014]. Disponible en:<http://prescripcionenfermera.com/apuntes/nanda-noc-nic/tema-11-definicion-formulacion-y-tipos-de-diagnosticos-nanda-i/5>
41. Prescripción de enfermería.com [Internet]. España 2012 [actualizado 2013, citado 20 mayo 2014]. Disponible en:<http://prescripcionenfermera.com/apuntes/nanda-noc-nic/tema-11-definicion-formulacion-y-tipos-de-diagnosticos-nanda-i/6>.
42. Zavaleta L. Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor. [Internet] Lima-Perú 2011 [citado 23 mayo 2014]. Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2876/1/zavaleta_cl.pdf.
43. Varela L., Chávez H., Herrera A. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnostico [Internet]. 2004 [23 mayo 2014] Vol. 43 – no.2. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html#pie>.
44. Varela L., Chávez J., Gálvez C., Méndez F. características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado y a nivel nacional. Scielo [Internet]. 2004 [citado 20 mayo 2014]; vol. 17, no 2. Disponible en:<http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2>
45. Jara M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Revista cúpula. [Internet]. [Citado 20 mayo 2014]; vol. 22 no. 2. Disponible en: www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf



CAPITULO IX

ANEXO 1

OFICIO

GERIÁTRICO SANTA ANA

Eco: Noemí Ulloa

Administradora

Nosotras/o Carolina Hidalgo, JannethHuiracocha y Antonio Jaramillo. Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos realizando la tesis previa a la obtención del título de licenciados en enfermería, con el tema, "AUTONOMÍA FUNCIONAL, PSÍQUICA Y ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA NANDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERIÁTRICO SANTA ANA. CUENCA, 2014"

El objetivo es determinar la autonomía funcional y psíquica y elaboración de diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA en los adultos mayores del Centro Geriátrico Santa Ana para ello se realizará la aplicación de test previamente establecidos por el Ministerio de Salud Pública para la valoración del adulto mayor.

Una vez concluida la investigación, los resultados obtenidos serán utilizados de manera ética y confidencial por lo que no representa ningún riesgo para su institución, de igual manera no tendrá ningún costo ni recibirá compensación económica por su participación.

Agradecemos su participación y colaboración.

f)..... f)..... f).....

Carolina Hidalgo

JannethHuiracocha

Antonio Jaramillo

CI. 0105205868

CI. 0105049563

CI. 0103212288



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

GERIATRICO SANTA ANA

Sr usuario/a:

Nosotras/o Carolina Hidalgo, Janneth Huiracocha y Antonio Jaramillo. Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos realizando la tesis previa a la obtención del título de licenciados en enfermería, con el tema relacionado “AUTONOMÍA FUNCIONAL, PSÍQUICA Y ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA NANDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERIÁTRICO SANTA ANA. CUENCA, 2014”

El objetivo es evaluar las actividades básicas de la vida diaria tales como: alimentación, vestimenta, uso de inodoro, movilidad, apariencia personal, equilibrio, además determinar la capacidad de retener información, comunicación, orientación y el estado de afectividad. Para ello se realizará la aplicación de test previamente establecidos por el Ministerio de Salud Pública para la valoración del adulto mayor.

Una vez concluida la investigación, los resultados obtenidos serán utilizados de manera ética y confidencial por lo que no representa ningún riesgo para Ud. De igual manera no tendrá ningún costo ni recibirá compensación económica por su participación en este estudio, además tiene derecho a negar su participación o a retirarse del estudio en cualquier momento.

Si Ud. Está de acuerdo en formar parte de esta investigación le solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de Identidad.

Agradecemos su participación y colaboración.

_____	_____	_____
NOMBRE	Nº CEDULA	FIRMA

Representante:

_____	_____	_____
NOMBRE	Nº CEDULA	FIRMA

ANEXO 3

TEST DE VALORACION PREESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
Índice de Katz modificado

Actividades	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia micción defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

I = INDEPENDIENTE; A = AYUDA; D = DEPENDIENTE

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0

Puntuación _____ Fecha _____

Puntuación _____ Fecha _____

Puntuación _____ Fecha _____

Puntuación _____ Fecha _____

El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.

El índice de Katz tiene la ventaja, que facilita prever el orden en la pérdida de funciones e intensificar la intervención sobre ellas.

Escala de Tinetti modificada equilibrio

Silla: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras:

1. Al sentarse:

- 0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.
- 1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
- 2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. Equilibrio mientras está sentado:

- 0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).
- 1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
- 2 = firme, seguro, erguido.

3. Al levantarse:

- 0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.
- 1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
- 2 = capaz en 2 intentos o menos.

4. Equilibrio inmediato al ponerse de pié (primeros 5 seg):

- 0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
- 1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
- 2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. Equilibrio con pies lado a lado:

- 0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
- 1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 - 9 segundos.
- 2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos. Tiempo: _____, _____ segundos.

6. Prueba del Tiron (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

- 0 = comienza a caerse.
- 1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
- 2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:

- 0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
- 1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
- 2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: _____, _____ segundos

8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:

- 0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
- 1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
- 2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos

9. Posición de Semi-tándem:

- 0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro(, ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene ≤ 3 segundos.
- 1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
- 2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos

10. Posición Tándem:

- 0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por ≤ 3 segundos.
- 1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
- 2 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos

11. Se agacha (para recoger un objeto del piso):

- 0 = incapaz o se tambalea.
- 1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
- 2 = capaz y firme.

12. Se para en puntillas:

- 0 = incapaz.
- 1 = capaz pero por < 3 segundos.
- 2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos

13. Se para en los talones:

- 0 = incapaz.
- 1 = capaz pero por < 3 segundos.
- 2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos

Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem



Marcha

Instrucciones: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades. Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle "camine"):

- 0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.
- 1 = sin vacilación.

0 = marcada desviación.

1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.

2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.

1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.

3 = no.

4. Da la vuelta (mientras camina):

0 = casi cae.

1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.

4 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. Caminar sobre obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.

1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.

2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso

Fuente: Adaptado por la American Geriatrics Society de Mary E. Tinetti, M.D., "Performance-Oriented Assessment of Mobility", páginas131-133 en Reuben D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998

Nota:

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.

1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.

2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

Evaluación cognitiva (Mmse) modificado

1. Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondee el mes, el día del mes el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes: _____
 Día del mes: _____
 Año: _____
 Día semana: _____
 Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar mas adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Arbol: _____
 Mesa: _____
 Avion: _____
 Total: _____ Número de repeticiones: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9 Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no mencione, o por cada número que se le añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta del paciente: _____
 Respuesta Correcta: 9 7 5 3 1
 Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel: _____
 Dobla: _____
 Coloca: _____
 Total: _____

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.

Arbol: _____
 Mesa: _____ Anote un punto por cada objeto
 Avión: _____ recordado en el primer intento.
 Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto esta dibujado correcto:



Escala de Pfeiffer

Instrucciones:

Muéstrele al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas. Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?

Suma las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote el total =
 La puntuación máxima es de 33 puntos.
 Si la suma es de 6 puntos o más sugiere déficit cognitivo.

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada

	Sí	No
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo esta de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que Ud.?	1	0

Puntaje Total _____

NOTA: Normal (0-5) Probable depresión (6-9) Depresión estable (10 o más)

ANEXO 4

FOTOGRAFÍAS

CENTRO GERIÁTRICO “SANTA ANA”

Fotografía N° 2



Información general previa a la ejecución de los test

Fotografía N° 3



Ana Esquivel firmando la hoja de consentimiento

Fotografía N° 4



Aplicación, test de Yesavage

Fotografía N° 5



Test MMSE, explicación para la realización del dibujo

Fotografía N° 6



Ejecución del test MMSE.

Fotografía N° 7



Ejecución del test de TINETTI (camina sobre obstáculos)

Fotografía N°8



Ejecución del test de TINETTI (marcha)

Fotografía N°9



Ejecución del test de TINETTI (equilibrio)

ACTIVIDADES LÚDICAS

Fotografía N°10



Fotografía N°11



Fotografía N°12



Fotografía N°13



Fotografía N°14



ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Fotografía N°15



Fotografía N°16



Fotografía N°17



Fotografía N°18



Fotografía N°19



Fotografía N°20



Fotografía N°21



Fotografía N°22

