



---

---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**AREA DE SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TESIS**

**“ESTILOS DE VIDA EN MAYORES DE 60 AÑOS  
Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ENFERMEDADES  
CRÓNICAS EN ELGRUPO DEL ADULTO  
MAYOR DEL CANTÓN ESPINDOLA”**

**AUTORA:** Katherine del Cisne Morales Torres

**DIRECTOR:** Dra. Mercy Lorena Vallejo Delgado. Mg, Sc.

Loja-Ecuador

2014 - 2015

## CERTIFICACIÓN

Dra. Mercy Lorena Vallejo Delgado. Mg, Sc.

### MÉDICO

Certifica:

Que el trabajo de Tesis titulado “ESTILOS DE VIDA EN MAYORES DE 60 AÑOS Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL GRUPO DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN ESPÍNDOLA” y de autoría de la Señora Katherine del Cisne Morales Torres sido asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo y que el mismo es original de la autora.



Dra. Mercy Lorena Vallejo Delgado

**DIRECTOR DE TESIS**

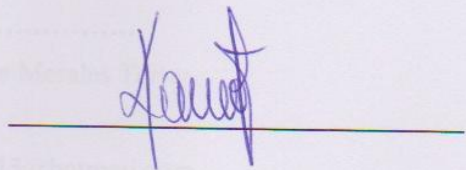
CARTA DE AUTORIZACION DE YSIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION TOTAL Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO

### AUTORÍA

Yo, Katherine del Cisne Morales Torres, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro que el presente trabajo de investigación titulado “ESTILOS DE VIDA EN MAYORES DE 60 AÑOS Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL GRUPO DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN ESPÍNDOLA” es de autoría propia, por tal razón las ideas, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo, son de responsabilidad exclusiva de la autora.

Nombre: Katherine del Cisne Morales Torres  
Cédula: 1724917214  
Correo electrónico: katorres@unl.edu.ec  
Celular: 0959500724

DATOS COMPLEMENTARIOS  
Director de tesis: Dr. Mercy Lorena Valdez Delgado  
Tribunal de Grados:  
Dr. Bulivar Edumio Zambrano  
Dr. Mariam Alvarez Ortega  
Dr. Juan Carlos Apala

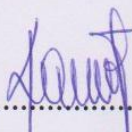


Katherine del Cisne Morales Torres  
1724917214  
**AUTORA**

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

Yo, Katherine del Cisne Morales Torres, declaro ser autora de la tesis titulada: **“ESTILOS DE VIDA EN MAYORES DE 60 AÑOS Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL GRUPO DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN ESPÍNDOLA”**  
Como requisito previo optar al grado de médico general, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

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

**Firma:**.....

**Autora:** Katherine del Cisne Morales Torres

**Cédula:** 1724917214

**Correo electrónico:** katm\_15@hotmail.com

**Celular:** 0959507242

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Director de tesis:**

Dra. Mercy Lorena Vallejo Delgado

**Tribunal de Grado:**

Dr. Bolivar Eduardo Samaniego.

Dra. Marlene Moreno Ortega.

Dr. Juan Cuenca Apolo.

## **DEDICATORIA**

El presente estudio investigativo va dedicado en primer lugar a Dios y la Virgen del Cisne por haberme guiado y estar en cada paso de mi vida. Y a mis dos grandes amores quienes son mi fuente de inspiración mi esposo por su amor incondicional por entenderme, alentarme, apoyarme y estar siempre ahí. A mi hermosa princesa **KATHERYN ARACELLY** mi fuente, mi energía, mi compañera y mi todo. A mis amados padres por su apoyo y ser un pilar fundamental en mi vida un ejemplo a seguir y por estar siempre ahí apoyándome y dándome ánimos. Así mismo a toda mi familia, mi amiga Diana que de una u otra forma ha estado ahí.

**La Autora**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento primordial es para Dios, pues es por Él, que he podido llegar hasta este momento de mi vida, a mi esposo y a mi hija quienes han sabido apoyarme y entenderme durante todo este tiempo. A mis padres por estar siempre ahí, a mis hermanos y familiares que de una u otra forma me han ayudado. Así, mismo a mi Directora de Tesis Dra. Lorena Vallejo por su apoyo, tiempo y enseñanza para culminar esta investigación. MIL GRACIAS.

**La Autor**



## **1. TÍTULO**

“ESTILO DE VIDA EN MAYORES DE 60 AÑOS Y SU REPERCUSIÓN EN LAS  
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ELGRUPO DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN  
ESPINDOLA”



## **2. RESUMEN**

El presente trabajo investigativo “Estilo de vida en mayores de 60 años y su repercusión en las Enfermedades crónicas en el grupo del adulto mayor del cantón Espíndola” fue realizado en 64 pacientes del Grupo del Adulto Mayor del Hospital Cantonal Amaluza del cantón Espíndola, es un estudio cuantitativo, analítico y transversal, el instrumento utilizado fue la encuesta encaminada a conocer las enfermedades crónicas tales como: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 del Adulto Mayor y Estilos de Vida, en relación Alimentación, Ejercicio Físico y Adicciones, también se tomo como apoyo las Historia Clínicas para determinar la evolución que ha tenido cada paciente. Los resultados obtenidos señalan que: Las enfermedades crónicas más prevalentes en el grupo de adultos mayores son: la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus tipo 2 en orden de frecuencia; así mismo el tiempo de evolución en las enfermedades crónicas fue en su mayoría más de 5 años , de acuerdo a la dieta, actividad física y las adicciones; el estilo de vida predominante de los pacientes es bueno, debido a que el mayor porcentaje realizan ejercicio físico y mantienen una alimentación balanceada, no tienen ningún tipo de adicciones, de esta forma la evolución de las enfermedades crónicas en su mayoría ha sido favorable, puesto que únicamente un mínimo porcentaje (2 personas) han presentado complicaciones de la enfermedad (Accidente Cerebrovascular y Retinopatía Diabética), al transcurrir años de evolución de las mismas.

### **Palabras Clave**

**Adulto Mayor, Enfermedades Crónicas, Estilos de Vida.**

### **3. ABSTRACT**

This research work "Lifestyle in over 60 years and its impact on chronic diseases in the group of elderly Canton Espindola" was performed in 64 patients of the Elderly of the Cantonal Hospital Amaluza Canton Espindola Group, is a quantitative, analytical and cross-sectional study, the instrument used was a survey to know the chronic diseases such as hypertension, diabetes mellitus type 2 Elderly & Lifestyle, regarding nutrition, exercise and Addiction, also was taken as Clinical History support to determine the evolution that has taken each patient. The results show that: the most prevalent chronic diseases in the elderly group are: Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus in order of frequency; Likewise, the time of evolution in chronic diseases was mostly over five years, according to diet, physical activity and addiction; the predominant style of life of patients is good, because the greatest percentage perform physical exercise and maintain a balanced diet, do not have any addictions, thus the development of chronic diseases has been mostly favorable position that only a small percentage (2 persons) presented complications of the disease (stroke and diabetic retinopathy), to be years of evolution of the same.

#### **Keywords**

**Elderly, Chronic Disease, Lifestyle.**

#### 4. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes para la investigación y práctica médica, debido a que en el mundo habrá 2.000 millones de adultos mayores, según las estadísticas de las Naciones Unidas un 25% de esa población estarán en Latinoamérica. En Ecuador, las cifras difundidas por el INEC corroboran el envejecimiento de la población. El dato más reciente señala que las personas mayores de 60 años suman 1'341.664, esta cifra se ha incrementado si se compara con 2011, cuando eran 1'229.089 personas, localizadas principalmente en Sierra y Costa. Loja es la segunda provincia que posee la mayor cantidad de adultos mayores, con el 9,2% de su población total. (Cedeño M. , 2013)

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta y son más frecuentes en la humanidad, especialmente en los países desarrollados y adquiere su importancia porque a mayores cifras de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, mayor mortalidad presentan los individuos afectados. Esto tiene lugar en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edad y en ambos sexos. (Armas & Hernández, 2012)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Hipertensión y la Diabetes Mellitus afecta aproximadamente a 1.000 millones de personas en el mundo y se han convertido en las principales enfermedades crónicas. Se estima que producen 36 millones de muertes al año, ya que a medida que la población envejece la prevalencia de Hipertensión y Diabetes se incrementa, un tercio de ellos se encuentran en los países desarrollados; mientras que las dos terceras partes se encuentran en los países en vías de desarrollo o emergentes. (Armas & Hernandez, 2012)

Los diversos reportes de la prevalencia de la hipertensión y diabetes en adultos mayores en América Latina varía entre un 6 y un 43%, pero la mayoría se encuentran entre 20 y 30%; en el Ecuador la adopción de nuevos estilos de vida semejantes a los de países desarrollados; la migración del área rural a la urbana, el sedentarismo, la obesidad, el consumo de alcohol, cigarrillo, ingesta elevada de sal, inadecuada ingesta de potasio, mal control glucémico si el paciente es diabético, han traído consigo una alta prevalencia de HTA, según la Sociedad Latinoamericana de Hipertensión en el país la prevalencia es de 28.7%, mientras que la Sociedad Latinoamericana de Diabetes en el país es la prevalencia de un 20-40%. (Catalá, & Girbés, 2008)

Es por ello que en el Ecuador y en la ciudad de Loja no existen esta investigación por lo que se plantea el presente estudio que es los estilos de vida en la evolución de las enfermedades crónicas en el grupo del Adulto Mayor del cantón Espíndola, que es tipo Cuantitativo, Analítico y Transversal, teniendo como Objetivo general: Determinar el estilo de vida y su efecto en la evolución de las enfermedades crónicas en los adultos mayores del Grupo del Adulto Mayor del Hospital Cantonal Amaluza del cantón Espíndola y objetivos específicos: Establecer la prevalencia de enfermedades crónicas más comunes en los adultos mayores. Conocer el tiempo de evolución de las enfermedades crónicas más comunes en los el Grupo del Adulto Mayor. Identificar el estilo de vida del Grupo del Adulto Mayor en relación a dieta, actividad física y adicciones. Relacionar el estilo de vida con la evolución de las enfermedades crónicas degenerativas, presente en los adultos mayores del Grupo del Adulto Mayor.

## 5. REVISIÓN DE LITERATURA

### 5.1. CICLOS DE VIDA

#### 5.1.1. Definición:

Son las divisiones a las que se considera etapas del ciclo de vida y se podrían definir como periodos de vida, el desarrollo humano es complejo debido al crecimiento y al cambio que se da en diferentes aspectos del concepto de sí mismo. (Hernandez, 2012)

El concepto de sí mismo, desde el punto de vista físico, ayuda a determinar tanto la personalidad como el intelecto. El aspecto físico también afecta el proceso intelectual porque, por lo general, la salud física es bien importante para el desarrollo intelectual normal, la desnutrición puede impedir el desarrollo del cerebro y ciertas incapacidades físicas impiden los procesos mentales en grado igual o superior a aquella en que el funcionamiento físico. Las capacidades intelectuales están estrechamente relacionados con los aspectos motores y emocionales; el funcionamiento tanto físico como intelectual. Para presentar el ciclo de vida de ser humano, se ha tenido en cuenta los grupos cronológicos. (Hernández, 2012)

CICLO DE VIDA	
Periodo Prenatal:	Desde el momento de la concepción hasta el nacimiento
Periodo Primera Infancia:	Desde el nacimiento hasta los tres años
Periodo de La Niñez Temprana o Preescolar:	Desde los 3 a los 6 años
Periodo de La Niñez Intermedia o Escolar	De 6 a 12 años
Periodo de la Adolescencia	Des 12 a los 18 años
Periodo de la Juventud	De los 20 a los 35 años
Periodo de la Madurez	De los 35 a los 50 años
Periodo de la Adultez	De los 50 a los 65 años
Periodo de la Vejez o Tercera Edad	Desde los 65 años en adelante

Fuente (Hernández, 2012)

Es bueno tener bien claro que todas las clasificaciones por estándares parcialmente subjetivas y que todas las edades para el comienzo o el final de su periodo son solo aproximaciones, es decir que la vida individual de las personas no está demarcada en forma precisa. Además, de la diferencias individuales entre las personas son tan grandes que es posible que ingresen y salgan de estos periodos de edad en distintos momentos de la vida. (Hernandez, 2012)

#### **5.1.1.1. ADULTO MAYOR**

##### **5.1.1.1. DEFINICIÓN:**

Son todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y sociales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre el hombre, por lo tanto un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente, en cambio el envejecimiento de la población resulta ser un concepto más complejo y abarcador. Una población envejece cuando aumenta considerablemente la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población. Por tanto la población no envejece necesariamente con el transcurrir del tiempo. (Moreno M. , 2010)

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente en aquellos con un alto nivel de desarrollo. (Moreno M. , 2010)

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 60 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad. (Moreno M. , 2010)

La experiencia mundial en el tratamiento del proceso del envejecimiento poblacional permite inferir la necesidad de promover estudios e investigaciones dirigidas al análisis de la relación envejecimiento- sociedad por la importancia que este tema tiene para el desarrollo social y el propio anciano como ser humano. (Santin, 2009)

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaba con 590 millones de personas de sesenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. (Santin, 2009)

Muchos de los países que están en vía de desarrollo, escasamente pueden afrontar su situación actual y no han contemplado las políticas necesarias para legislar, no tienen estrategias para enfrentar este nuevo y arrollador desafío y por la falta de tecnología y recursos no tienen manera de prepararse para asumir el crecimiento de una población de Adultos Mayores que en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor. (Sambrano, 2010)

En nuestro país según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), del censo del año 2001, las personas mayores de 60 años constituían el 6,5 % de la población total del país, y esta cifra aumentará en un 146% para el año 2025 subiendo a 10 % y para el año 2050 será el 16% de la población total. (Sambrano, 2010)

El envejecimiento como proceso fisiológico no es sinónimo de enfermedad, en un individuo sano se produce como una disminución paulatina de las capacidades y funciones en el organismo donde cada vez hay menos capacidad para soportar el equilibrio homeostático. Es un proceso universal, individual, constante, irregular, asincrónico y deletéreo. Siendo la universalidad y la

constancia dos de las características más importantes, pero el ritmo al que se produce puede ser muy diferente según la especie, el individuo y los factores ambientales. (Moreno A. , 2009)

El ambiente puede moderar los cambios que inevitablemente se producen y por condición genética se admite que el límite biológico está determinado para cada especie, en la actualidad se observa un incremento en la esperanza de vida, y se observa una tendencia al aumento de la misma desde siglos pasados hasta la actualidad. Entre los factores responsables del envejecimiento se encuentran los genéticos, los ambientales y los relacionados con el estilo de vida, estrechamente unidos que pueden elevar la calidad de vida y aminorar el desarrollo de la senectud. (Aucay & Carabajo, 2013)

Se sabe que al menos 100 genes diferentes están involucrados en los cambios producidos y que el envejecimiento ocurre a todos los niveles biológicos de la materia, moleculares, celulares y en los diferentes órganos, por lo que este conjunto de alteraciones no pueden ser explicados por un único mecanismo. (Aucay & Carabajo, 2013)

Efectos externos del envejecimiento: Encanece el pelo, aparecen las arrugas, se cae el pelo; dientes, se produce un aumento de peso, disminuye la estatura, disminuyen e incluso se pierden algunos sentidos. (De la Cruz, Vargas, Ledezma, Holguín, Martínez, & Fragoso, 2013)

Efectos internos del envejecimiento: disminuye la capacidad funcional, degeneración y atrofia de los órganos, aumenta el stress. Los factores nutricionales están estrechamente relacionados con el envejecimiento saludable. La nutrición en este grupo hetáreo es compleja ya que constituye un grupo muy heterogéneo y en ocasiones debe ser individualizada. Algunos procesos propios del envejecimiento influyen en la nutrición de este grupo como son: (De la Cruz, Vargas, Ledezma, Holguín, Martínez, & Fragoso, 2013)



- ✓ Deterioro del gusto y el olfato.
- ✓ Deterioro de la función masticadora y la deglución.
- ✓ Disminución del apetito.
- ✓ Deterioro de la absorción.
- ✓ Constipación (reducción de la motilidad intestinal, medicación, sedentarismo, insuficiente ingesta de líquidos)
- ✓ Hiperglucemia
- ✓ Desnutrición (aislamiento social, ingresos, depresión y morbilidad)
- ✓ Estados confusionales o de demencia
- ✓ Incapacidad física (reducción de la destreza manual, deterioro de la motilidad)
- ✓ Hospitalización

## **5.2. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS**

### ***5.2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL***

Se define por la presencia de los valores de la presión arterial superiores a la normalidad de manera persistente. Considerando que la presión normal es de 120/80 mm de Hg, cifras iguales o mayores de 140/90 se considera hipertensión arterial. La raza afroamericana tiene una mayor prevalencia del doble en relación a la blanca. En las mujeres la prevalencia se relaciona con la edad aumentando considerablemente a partir de los 50 años, lo cual probablemente se relaciona

con los cambios hormonales de la menopausia. La Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, incurable, tiene una prevalencia del 60% en los adultos mayores a nivel mundial, es el primer motivo de consulta de todas las patologías crónicas. Recientes resultados del Framingham Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA. (Alvarez & Martinez, 2010), además de tener en cuenta para identificar síntomas de afección de órgano blanco: (Alvarez & Martinez, 2010)

- Neurológico: cefalea, mareos, vértigo, disminución de la libido disminución de fuerza y/o debilidad en miembros.
- Cardiovascular: dolor torácico, disnea, ortópnea, edemas, palpitaciones, claudicación intermitente, frialdad en extremidades.
- Renal: poliuria, nicturia, oliguria, hematuria.
- Ocular: alteraciones de la visión.

**Causas:** Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia genética, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario. (Fernández & López, 2010)

### **5.2.1.1. Causas no modificables**

#### **✓ Factores genéticos:**

La predisposición a desarrollar hipertensión arterial está vinculada a que un familiar de primer grado tenga esta patología. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, la evidencia científica ha demostrado que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión. (Vasan, Beiser, & Seshadri, 2009)

#### **✓ Sexo:**

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto se debe a que la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas que la protegen mientras está en la edad fértil (los estrógenos) y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, las mujeres jóvenes que toman píldoras anticonceptivas tienen más riesgo de desarrollar una patología cardíaca. (Vasan, Beiser, & Seshadri, 2009)

#### **✓ Edad y raza:**

La edad es otro factor que influye sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar

hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico. (Vasan, Beiser, & Seshadri, 2009)

#### **5.2.1.2. Causas modificables**

##### **✓ *Sobrepeso y obesidad:***

Los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal. (Vasan, Beiser, & Seshadri, 2009)

No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión, o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones. (Vasan, Beiser, & Seshadri, 2009)

#### **5.2.1.3. Clasificación**

La tensión arterial tiene dos componentes: (Iglesia,, Barutell,, Artola,, & Serrano,, 2014)

- Tensión sistólica: Es el número más alto. Representa la tensión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.
- Tensión diastólica: Es el número más bajo. Se refiere a la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón.

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mmHg). La tensión arterial alta (HTA) se diagnostica cuando uno de estos números o ambos son altos. Esta enfermedad se conoce también como hipertensión. (Iglesia,, Barutell,Artola, & Serrano, 2014)

La tensión arterial alta se clasifica como:

Clasificación de la Hipertensión arterial		
DIAGNOSTICO	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA
Tensión arterial normal	Menor a 120 mm Hg	Menor a 80 mm Hg
Prehipertensión Arterial	121- 139 mm Hg	81- 89 mm Hg
Hipertensión Estadio I	140- 159 mm Hg	90- 99 mm Hg
Hipertensión Estadio II	Mayor a 160 mm Hg	Mayor a 100 mm Hg

Fuente (Alvarez & Martinez, 2010)

#### 5.3.1.4. Diagnóstico

La primera línea de combate de la hipertensión son los equipos de atención primaria, tanto los médicos, como las enfermeras. En la consulta tienen protocolos de actuación para que cuando acudan los pacientes, por los motivos que sean, los sanitarios realicen una medición.

Además averiguar si hay historia previa de HTA: duración, etiología: enfermedad renal, como traumatismos, infecciones, cálculos, hematuria, proteinuria; evolución, tratamientos previos, tipo, dosis, cumplimiento, tolerancia, efectividad. Antecedentes familiares de: HTA, enfermedad cardiovascular, muerte súbita, enfermedad renal, diabetes, dislipidemia. Hábitos: tabaco, alcohol, café, drogas, y otras sustancias capaces de elevar la Tensión Arterial, sal y grasas y ejercicio.

Condiciones socio culturales y económicas: factores psicosociales y ambientales que puedan influir sobre el control de la Hipertensión Arterial .

Medición de la Presión arterial: El paciente debe estar sentado al menos cinco minutos, con los pies en el suelo y el brazo a la altura del corazón. El brazalet debe sobrepasar al menos el 80% del perímetro del brazo, el borde inferior del manguito debe quedar dos centímetros por encima del pliegue del codo. La presión arterial sistólica debe primero ser estimada por palpación, ya que la desaparición transitoria de los ruidos de Korotkoff es frecuente en el adulto mayor. En sospecha de hipotensión postural se debe tomar la presión arterial de pie. Un descenso de más de 10 mm Hg de la presión sistólica, asociado a mareos y debilidad confirman la hipotensión postural.

### **5.2.2. DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, secundaria a la acción inadecuada y/o secreción deficiente de insulina, con tendencia a desarrollar complicaciones específicas. Analíticamente la podemos conceptuar como presencia de glucemia basal en dos ocasiones mayor a 126 o una glucemia mayor de 200 mg/dl al azar. Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso o son obesas en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta. La diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas. Esto es más común en los ancianos.

Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en la diabetes tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo alrededor de la cintura aumentan el riesgo de que se presente esta enfermedad. (Flores & Aguila, 2011)

### **5.2.2.1. Síntomas**

Las personas con diabetes tipo 2 generalmente no presentan síntoma alguno al principio y es posible que no tengan síntomas durante muchos años. Los síntomas iniciales de la diabetes pueden abarcar: (Flores & Aguila, 2011)

- ✓ Infección en la vejiga, el riñón, la piel u otras infecciones que son más frecuentes o sanan lentamente
- ✓ Fatiga
- ✓ Hambre
- ✓ Aumento de la sed
- ✓ Aumento de la micción

El primer síntoma también puede ser:

- ✓ Visión borrosa
- ✓ Disfunción eréctil
- ✓ Dolor o entumecimiento en los pies o las manos

### **5.2.2.2. Pruebas y exámenes**

Se debe considerar un paciente con Diabetes tipo 2 si cumple con uno de los siguientes criterios:

- Paciente que presenta aumento en el apetito, poliuria, polidipsia, y pérdida inexplicable de peso más una glucemia al azar medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11.1 mmol/l).

- Glucemia de ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL (7 mmol/l).
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa.
- . Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en el numeral dos. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de Diabetes Mellitus tipo 2, es aconsejable hacer controles periódicos cada 6 meses hasta que se aclare el cuadro. En estas circunstancias el clínico debe tener en consideración factores adicionales como edad, obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica.

### **5.3. ESTILOS DE VIDA**

#### **5.3.1. Definición**

El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejercen en el estado de salud de una población. Teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. De hecho, en el origen de muchas de las causas de morbilidad y de mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), dietas nutricionales incorrectas, o el sedentarismo. (Bumburi, 2012)

#### **5.3.2. Tipos de estilo de Vida**



### 5.3.2.1. *Dieta*

La alimentación del adulto debe cubrir las necesidades nutrimentales (energía, proteínas, vitaminas y minerales) de tal forma que se puedan realizar las actividades cotidianas y mantener un peso saludable. En los adultos, llevar una alimentación correcta y estilos de vida saludables son factores primordiales para prevenir enfermedades crónicas degenerativas, como la obesidad, el cáncer, la diabetes, la hipertensión, así como para tener una vejez con calidad y contribuir al aumento de la esperanza de vida. (Bumburi, 2012)

Por otra parte la alimentación de la mujer adulta, se debe ajustar a las diferentes etapas fisiológicas tales como el embarazo, la lactancia y el climaterio. La alimentación correcta como en cualquier otra etapa de la vida, debe reunir características generales de las reglas de la alimentación es decir, debe ser completa, equilibrada, suficiente, variada e inocua (higiénica). (Bumburi, 2012).

Se trataba de controlar los efectos del clima, de manera que durante el tiempo frío se debía comer alimentos calientes y en los días calurosos, alimentos fríos. Se suponía que así se controlaban los efectos perjudiciales de los humores, calentando a los temperamentos anémicos o melancólicos, y enfriando a las disposiciones pletóricas o pasionales. (Bumburi, 2012)

En tiempos remotos, en cada familia, los padres debían enseñar a los hijos sobre lo que debían comer. Ya en el Viejo Testamento y en el Corán se puede apreciar la existencia de importantes indicaciones sobre instrucciones o recomendaciones dietéticas. Desde el punto de vista funcional

y según el predominio de unos nutrientes u otros se pueden considerar tres grandes grupos: (Bumburi, 2012)

- Alimentos energéticos: predominan los hidratos de carbono y las grasas (leche, queso, carne, pescados, huevos, legumbres).
- Alimentos plásticos: predominan las proteínas y el calcio (cereales y derivados, grasas y aceites, algunas leguminosas).
- Alimentos reguladores: predominan los minerales y las vitaminas (frutas, verduras, algunas leguminosas).

El inconveniente que tiene la aceptación de estas clasificaciones es que la mayoría de los alimentos no contiene un único nutriente, sino una amplia variedad de ellos. Sin embargo, su sencillez la hace apta para que personas poco versadas en el tema puedan entender fácilmente cómo se pueden considerar a los alimentos, atendiendo a su contenido. Una mayor precisión en la clasificación de los alimentos podría ser la que se presenta a continuación, basada en una combinación de aporte y funcionalidad. (Bumburi, 2012)

#### ***5.4.2.1. Tabaquismo***

El tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser una drogodependencia: la nicotina, principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. La adicción a la nicotina obliga a los fumadores a mantener el consumo de tabaco y, de esta forma, suprimir o evitar los síntomas derivados del descenso de los niveles de nicotina en el organismo (síntomas de privación). Esto

genera que las personas pierdan la libertad de decidir y se vean obligadas a mantener y aumentar progresivamente su consumo. (Mena, 2009)

El humo que respiran los fumadores activos y pasivos contiene más de 4.000 sustancias con propiedades tóxicas, irritantes, mutágenos y carcinogénicas que van produciendo un efecto acumulativo que conduce a enfermedades. Algunas de ellas, las menos graves, se pueden presentar tempranamente; las más graves toman tiempo y se manifiestan después de 10 a 15 años de estar fumando. (Mena, 2009)

Está directamente relacionado con la aparición de muchas enfermedades fundamentalmente: (Mena, 2009)

- Distintos tipos de cáncer: de pulmón, laringe, faringe, riñón, hígado, vejiga, entre otros;
- Enfermedades cardiovasculares: infartos, ACV, aneurismas
- Enfermedades respiratorias: bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), e infecciones respiratorias reiteradas. (Mena, 2009)

#### **5.4.2.4. Alcohol**

El alcohol, específicamente etanol, es una potente droga psicoactiva con un número elevado de efectos terciarios que puede afectar de manera grave a nuestro organismo. La cantidad y las circunstancias del consumo juegan un rol importante al determinar la duración de la intoxicación. Por ejemplo, al consumir alcohol después de una gran comida es menos probable que se produzcan signos visibles de intoxicación que con el estómago vacío. La hidratación también juega un rol importante, especialmente al determinar la duración de las resacas. (Mena, 2009)

El alcohol tiene un efecto bifásico sobre el cuerpo, lo que quiere decir que sus efectos cambian con el tiempo. Inicialmente, produce sensaciones de relajación y alegría, pero el consumo posterior puede llevar a tener visión borrosa y problemas de coordinación. Las membranas celulares son altamente permeables al alcohol, así que una vez que el alcohol está en el torrente sanguíneo, se puede esparcir en casi todos los tejidos del cuerpo. (Mena, 2009)

Tras el consumo excesivo puede aparecer la inconsciencia, y niveles extremos de consumo pueden llevar a un envenenamiento por alcohol y a la muerte (una concentración en la sangre de 0.55% (aprox. 5 gramos de alcohol por litro de sangre) podría matar a la mitad de los afectados por parada cardio-respiratoria tras afectación bulbar). La muerte puede también ser causada por asfixia si el vómito, un resultado frecuente de la ingesta excesiva, obstruye la tráquea y el individuo está demasiado ebrio para responder. Una respuesta apropiada de primeros auxilios a una persona inconsciente y ebria es ponerla en posición de recuperación. (Mena, 2009)

Cuando el alcohol llega a la sangre (entre 30 y 90 minutos después de ser ingerido) se produce una disminución de los azúcares presentes en la circulación sanguínea, lo que provoca una sensación de debilidad y agotamiento físico. Lo anterior es debido a que el alcohol acelera la transformación de glucógeno (una sustancia que se encarga de almacenar el azúcar en el hígado) en glucosa y ésta se elimina de forma más rápida. Son muy diversos los efectos del alcohol a medio y largo plazo y actúan sobre múltiples órganos y sistemas: (Mena, 2009)

En el cerebro y sistema nervioso

- El consumo de alcohol afecta gradualmente las funciones cerebrales, en primer lugar a las emociones (cambios súbitos de humor), los procesos de pensamiento y el juicio. Si

continúa la ingesta de alcohol se altera el control motor, produciendo mala pronunciación al hablar, reacciones más lentas y pérdida del equilibrio. (Mena, 2009)

- Altera la acción de los neurotransmisores, y modifica su estructura y función. Ello produce múltiples efectos: disminución de la alerta, retardo de los reflejos, cambios en la visión, pérdida de coordinación muscular, temblores y alucinaciones. Disminuye el autocontrol, afecta a la memoria, la capacidad de concentración y las funciones motoras. (Mena, 2009)
- La combinación de los anteriores efectos es causa de múltiples accidentes laborales y de circulación, que cuestan la vida cada año a millones de personas en todo el mundo. (Mena, 2009)
- El alcohol es responsable de más del 73% de los accidentes con víctimas mortales.
- La disminución de vitamina B1 producida por el alcohol puede llevar a la enfermedad de Wernicke-Korsakoff, que provoca alteraciones de los sentimientos, pensamientos y memoria de la persona. Los afectados confunden la realidad con sus invenciones. (Minterna J. , 2013) (Minterna J. , 2013)
- Las personas alcohólicas se aíslan de su entorno social, suelen padecer crisis en los ámbitos familiares (discusiones, divorcios, abandonos) y laboral (pérdida del empleo), lo que los conduce a la depresión y, en algunos casos, al suicidio. (Minterna J. , 2013)
- Pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales.

- La mayor parte de sus efectos depende del grado de consumo, centros superiores como: el habla o el juicio se deprimen en primera instancia tiempo después centros inferiores como: la respiración y los reflejos espinales. (Minterna J. , 2013)
- En dosis mayores tanto los mecanismos inhibitorios como excitatorios se ven disminuidos, pudiendo llegar hasta el estado de coma. En fases avanzadas produce alteraciones mentales serias y daño cerebral irreversible. (Minterna J. , 2013)
- Periodos de amnesia, con alteración profunda de la memoria y la conciencia de diversa duración (minutos, horas o hasta días). (Minterna J. , 2013)

#### En el corazón y aparato circulatorio

- Aumenta la actividad cardíaca (aunque un consumo muy moderado mejora la circulación, una dosis superior produce daños). (Minterna J. , 2013)
  - En dosis elevadas aumenta la presión sanguínea (hipertensión) y produce daño en el músculo cardíaco por sus efectos tóxicos. (Minterna J. , 2013)
  - Debilita la musculatura cardíaca y por consiguiente, la capacidad para bombear sangre. (Minterna J. , 2013)
  - Produce vasodilatación periférica, lo que genera enrojecimiento y un aumento de la temperatura superficial de la piel
- En el aparato digestivo: estómago, páncreas, hígado, esófago (Minterna J. , 2013)

Las molestias gástricas son debidas a erosiones en las mucosas producidas por el etanol. El ardor estomacal será mayor si se han mezclado diferentes bebidas o combinados, ya que la irritación gástrica se deberá a todos los componentes bebidos. (Minterna J. , 2013)

- Aumenta la producción de ácido gástrico que genera irritación e inflamación en las paredes del estómago por lo que, a largo plazo, pueden aparecer úlceras, hemorragias y perforaciones de la pared gástrica. (Minterna J. , 2013)
- El cáncer de estómago ha sido relacionado con el abuso del alcohol. También provoca cáncer de laringe, esófago y páncreas. (Minterna J. , 2013)
- Provoca esofagitis, una inflamación del esófago, varices esofágicas sangrantes y desgarros de Mallory-Weiss. (Minterna J. , 2013)
- Puede producir pancreatitis aguda, una enfermedad inflamatoria severa del páncreas, con peligro de muerte. (Minterna J. , 2013)
- Puede provocar pancreatitis crónica, que se caracteriza por un intenso dolor permanente. (Minterna J. , 2013)
- Otras alteraciones posibles son la diabetes tipo II y peritonitis. (Minterna J. , 2013)
- El hígado es el órgano encargado de metabolizar el alcohol, que es transformado por las enzimas del hígado primero en acetaldehído y después en acetato y otros compuestos. Este proceso es lento y no está exento de daños (el acetaldehído despolariza las proteínas, oxida los lípidos, consume vitaminas del grupo B y daña los tejidos). (Minterna J. , 2013)

- Al lesionarse la célula hepática es posible que se produzca hepatitis alcohólica, debido a la destrucción celular e inflamación tisular. Con el tiempo, el hígado evoluciona (hígado graso o esteatosis) para adaptarse a la sobrecarga metabólica, pudiendo llegar a hepatitis y más tarde a la cirrosis hepática, producto de la muerte celular y la degeneración del órgano. Esta grave enfermedad puede degenerar finalmente en cáncer de hígado y producir la muerte. (Minterna J. , 2013)
- Otros signos de alteración hepática son la ictericia, un tono amarillento que adquiere la piel y la esclerótica, y los edemas, acumulación de líquido en las extremidades. (Minterna J. , 2013)
- Altera la función del riñón, reduciendo los niveles de la hormona antidiurética, provocando deshidratación y tomando agua de otros órganos como el cerebro, lo cual genera dolor de cabeza. (Minterna J. , 2013)
- El alcohol aporta abundantes calorías (7 kcal por gramo de alcohol) con escaso valor nutritivo. No nutre pero elimina el apetito, sustituye a otros alimentos más completos y a la larga puede generar desnutrición. Esto se agrava pues inhibe la absorción de algunas vitaminas y minerales. (Minterna J. , 2013)



## 6. METODOLOGÍA

### 1.- TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo investigativo es Descriptivo, Analítico y Transversal.

### 2.- ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación es realizada en la provincia de Loja, en el Cantón Espíndola, en el Área de Salud No. 6 Amaluza en el Grupo del Adulto Mayor cuya sede donde realizan reuniones es en el Hospital Cantonal de este cantón.

### 3.- UNIVERSO Y MUESTRA:

El **Universo** está conformado por 64 pacientes que pertenecen al Grupo del Adulto Mayor del Cantón Espíndola.

#### 1.1. Criterios de Inclusión:

- ⌚ Pacientes hipertensos que sean miembros del Grupo de Estudio.
- ⌚ Pacientes Diabéticos que sean miembros del Grupo de Estudio
- ⌚ Pacientes que aceptaron entrar en el Estudio.

#### 1.2. Criterios de Exclusión:

- ⌚ Pacientes no hipertensos que sean integrantes del Grupo.
- ⌚ Pacientes no Diabéticos que sean integrantes del Grupo.
- ⌚ Pacientes que no aceptaron entrar en el estudio.

#### **4.- PROCEDIMIENTO:**

Para realizar la presente investigación se solicitó la respectiva autorización al Director del Hospital Básico de Amaluza, así mismo a los integrantes del grupo del Adulto Mayor del Cantón Espíndola para poder realizar la encuesta y revisión de las Historias Clínicas.

Se elaboró un cuestionario para conocer los estilos de vida en relación con los diferentes objetivos. Para determinar el tipo de Dieta Balanceada; utilizamos la pirámide alimenticia del Adulto Mayor; la cual señala que el adulto mayor debe consumir mayor cantidad de Cereales, Vegetales, Frutas, Carnes y Lácteos en orden de frecuencias, la cual nos ayudará a evaluar la dieta balanceada en donde se consideró que debe estar por lo menos tres grupos de alimentos.

En relación al Ejercicio Físico se consideró la realización de por lo menos 3 veces a la semana durante 30 minutos. Mientras que para las adicciones se determinó el consumo de tabaco: 3-5 tabacos diario, alcohol 1-2 veces por semana y Café tomar más de 3 tazas al día.

#### **Plan de análisis y tabulación de Datos:**

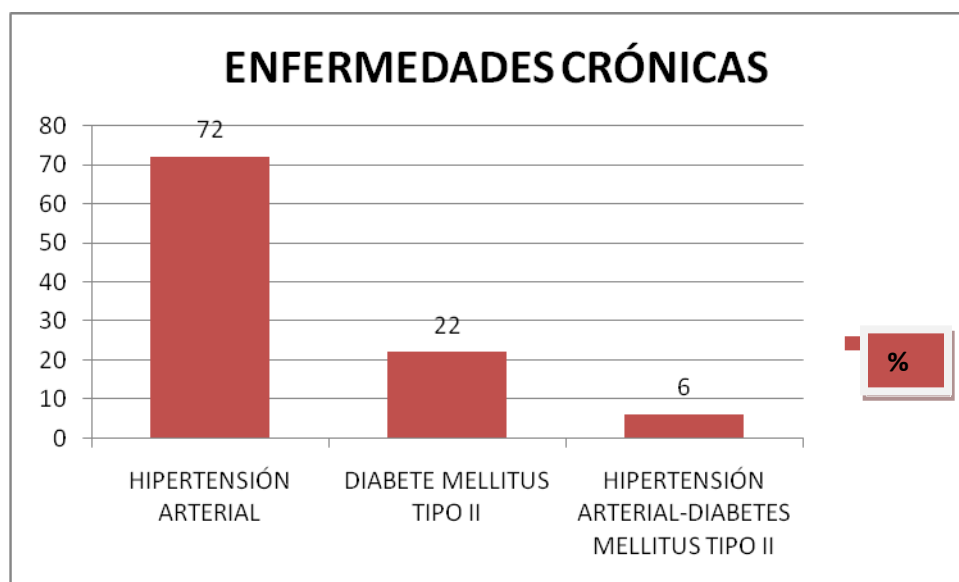
- Se tabuló en tablas y gráficos mediante en el programa de Excel, para el posterior análisis y presentación.

## 7. RESULTADOS

**Tabla 1**

*Enfermedad crónica del grupo del adulto mayor del cantón Espíndola*

ENFERMEDAD	Frecuencia	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	46	72
DIABETE MELLITUS TIPO II	14	22
HIPERTENSIÓN ARTERIAL-DIABETES MELLITUS TIPO II	4	6
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>



*Figura.1* Enfermedad crónica del grupo del adulto mayor del cantón Espíndola

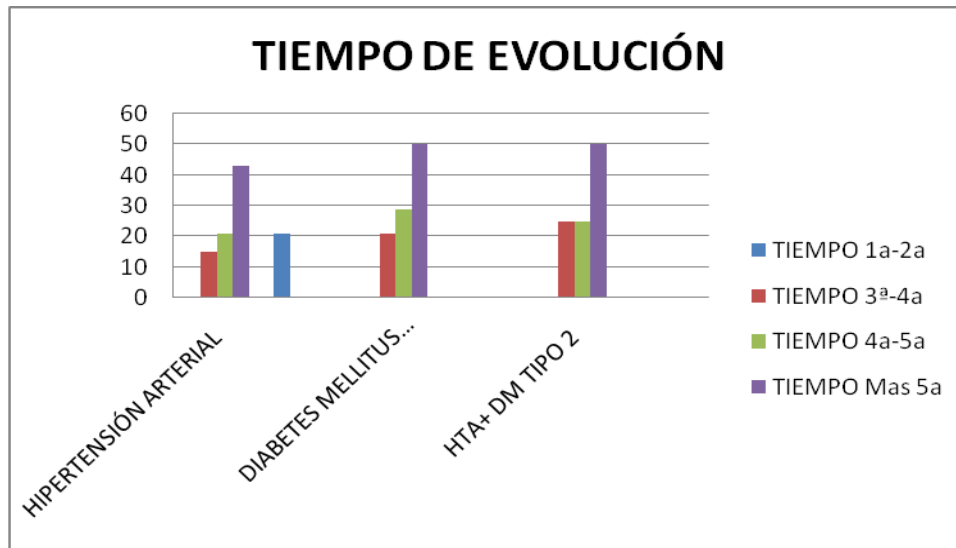
### ANÁLISIS:

- De acuerdo a la distribución de los pacientes de la investigación tenemos que con mayor porcentaje que es del 72% es de pacientes Hipertensión Arterial, 22% con Diabetes Mellitus tipo 2 y 6% Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2.

**Tabla 2**

*Tiempo de evolución de las enfermedades Crónicas en el Grupo del Adulto Mayor del Cantón Espíndola*

ENFERMEDAD	TIEMPO				TOTAL
	1-2años	3-4 años	5 años	Mas 5a	
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	21%	15%	21%	43%	100%
<b>DIABETES MELLITUS TIPO 2</b>	0%	21%	29%	50%	100%
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL- DIABETES MELLITUS TIPO 2</b>	0%	25%	25%	50%	100%



*Figura.2 Tiempo de evolución de las enfermedades Crónicas en el Grupo del Adulto Mayor del Cantón Espíndola*

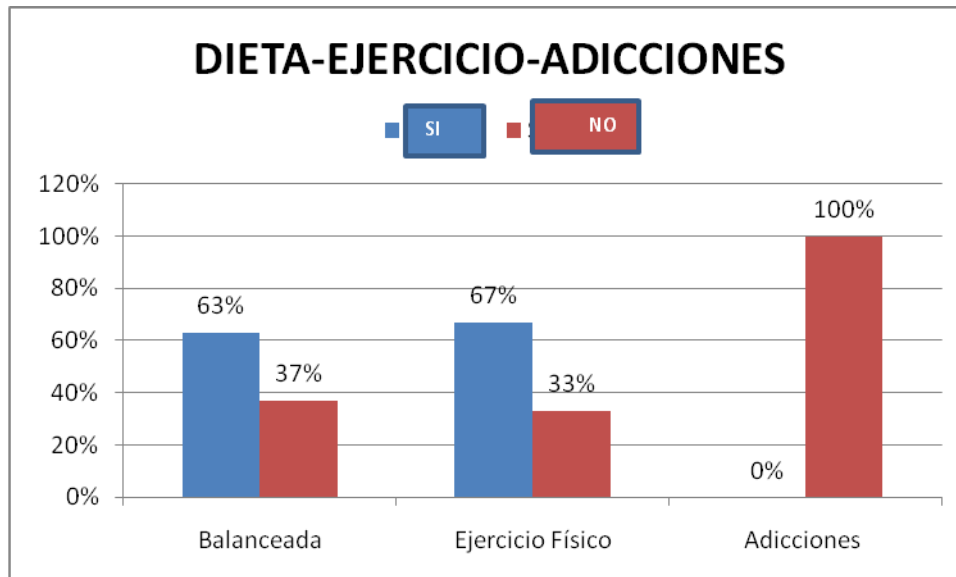
**ANÁLISIS:**

- De acuerdo al tiempo de evolución de las enfermedades Crónicas tenemos que la mayoría tienen más de 5 años de evolución la Diabetes Mellitus tipo 2 el 50%, la Hipertensión Arterial mas Diabetes Mellitus tipo 2 el 50% y 43% la Hipertensión Arterial.

**Tabla 3**

*Estilos de Vida en relación a la Dieta, Ejercicio Físico y Adicciones en el Grupo del Adulto Mayor del Cantón Espíndola*

Estilos de Vida	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Dieta Balanceada</b>	40	63%	24	37%	64	100%
<b>Ejercicio Físico</b>	43	67%	21	33%	64	100%
<b>Adicciones</b>	0	0%	64	100%	64	100%



*Figura.3 Estilos de Vida en relación a la Dieta, Ejercicio Físico y Adicciones en el Grupo del Adulto Mayor del Cantón Espíndola*

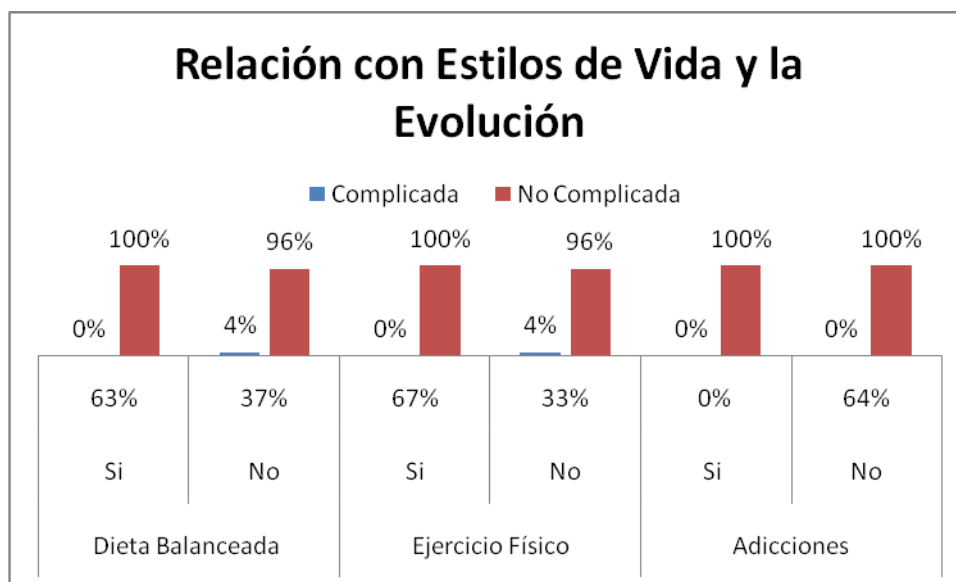
**ANÁLISIS:**

- La alimentación que tienen el grupo en estudio es balanceada debido a que de acuerdo a la pirámide alimenticia del adulto mayor consumen una dieta variada (cereales, vegetales, frutas y carnes); con un 63%. Ejercicio Físico tenemos que un 67% si lo hace (Camina, tres veces a la semana). Adicciones no hay.

**Tabla 4**

*Relación entre el estilo de vida y la evolución de la Enfermedades Crónico del Grupo del Adulto Mayor*

ESTILOS DE VIDA		Complicada		No Complicada		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
<b>Dieta Balanceada</b>	Si	40	63%	0	0%	64	100%
	No	24	37%	2	4%	62	96%
<b>Ejercicio Físico</b>	Si	43	67%	0	0%	64	100%
	No	21	33%	2	4%	62	96%
<b>Adicciones</b>	Si	0	0%	0	100%	0	0%
	No	64	100%	0%	100%	64	100%



*Figura.4 Evolución de la Enfermedades Crónico del Grupo del Adulto Mayor*

**ANÁLISIS:**

- De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que los pacientes tienen una dieta balanceada 63%, ejercicio físico 67% y adicciones un 22%, haciendo relación con esto únicamente 4% de los que no tienen una dieta balanceada y 4% no realizan ejercicio físico han presentado complicaciones (Accidente cerebro vascular, retinopatía Diabética).

## 8. DISCUSIÓN

De acuerdo a la distribución de los pacientes de la presente investigación tenemos: el 72% es de pacientes con Hipertensión Arterial, 25% Diabetes Mellitus tipo 2 y 4% Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, lo que concuerda con un estudio realizado en México en 2008, donde se determinó que las enfermedades crónicas más frecuentes son la hipertensión arterial con un 68% seguido de la diabetes mellitus tipo 2 con 42% aunque es nuestro estudio el porcentaje es algo menor. (Arboleda, Vargas, & Galicia, 2008); A nivel nacional en la Ciudad de Cuenca en el año 2010 se realizó un estudio donde se obtuvo que las enfermedades crónicas degenerativas: Hipertensión Arterial 38% y Diabetes mellitus tipo 2, 38%. (ARCE & BONETO), a diferencia de nuestro estudio tuvieron el mismo porcentaje.

De acuerdo al tiempo de evolución de las enfermedades Crónicas tenemos que el 55%, tienen más de 5 años, seguida de 5 y 4 años con 9 y 8 %. Comparando tenemos que un estudio a nivel internacional en Santiago de Chile en el 2008, menos de la mitad de población en estudio el 48% tiene el tiempo de evolución más de 5 años. (Grisar, 2008).

Referente a los estilos de vida, el presente estudio, la alimentación del Adulto Mayor es balanceada de acuerdo a la pirámide alimenticia del adulto mayor consumen una dieta variada con un 63%. En la realización de ejercicio físico tenemos un 67%, en cuanto a las Adicciones no presenta, lo cual asemeja a los resultados obtenidos en un estudio realizado en Costa Rica en el año 2012, en el que se demuestra que el 57% de las personas estudiadas poseen una dieta balanceada y el 43% no lo hacen, además realizan ejercicio físico con un 54% (camina 2 veces a la semana) y presentan consumo de tabaco en un porcentaje de 56% tomando ha esta como su única adicción. (Cortes & Acuña, 2012). A nivel nacional tenemos que en Sangolquí en 2012

los resultados obtenidos son similares a los de nuestro estudio tenemos que el 60% tiene una alimentación balanceada, además realizan ejercicio físico en un 60% y no tienen ningún tipo de adicciones. (Sandoval & Mancheno, 2012),

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 63 % de los pacientes tienen una dieta balanceada, 67% realizan ejercicio físico y en lo referente adicciones no existen, haciendo relación con esto únicamente 4% de los que no tienen una dieta balanceada y 4% no realizan ejercicio físico han presentado complicaciones (Accidente cerebro vascular, retinopatía hipertensiva) durante su tiempo de evolución de las enfermedades. Similares a nivel Nacional en Cuenca en 2013 el grupo en estudio de los estilos de vida: ejercicio físico, dieta y adicciones únicamente el 4% a presentado complicaciones con pie diabético y retinopatía hipertensiva y diabética . (Mogrovejo, 2012)



## 9. CONCLUSIONES

- Las enfermedades crónicas más prevalentes en el grupo de adultos mayores fueron: la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus en orden de frecuencia.
- El tiempo de evolución de la Hipertensión arterial y de la Diabetes Mellitus fue en su mayoría más de 5 años.
- De acuerdo a la dieta, actividad física y adicciones; el estilo de vida predominante en el grupo de estudio es bueno, puesto que en un mayor porcentaje realizan ejercicio físico y mantienen una alimentación balanceada y no poseen ningún tipo de adicciones.
- De acuerdo a los resultados obtenidos los pacientes tienen una dieta balanceada 63%, ejercicio físico 67% y adicciones un 22%, lo que representa una evolución favorable en tanto que el 4% de los que no tienen una dieta balanceada y 4% no realizan ejercicio físico han presentado complicaciones (Accidente cerebro vascular, retinopatía hipertensiva) durante su tiempo de evolución de las enfermedades.

## **10. RECOMENDACIONES**

- ✓ Tanto al grupo investigado como aquellas que dirigen el grupo, deben mantenerse en constante información a través charlas educativas a todos los miembros como a los familiares para asegurar una evolución favorable de sus enfermedades.
  
- ✓ Brindar ayuda integral a los miembros del Grupo del Adulto Mayor realizando diferentes actividades que permitan establecer un mejor estilo de vida, incentivando a una alimentación balanceada y ejercicio físico (Bailoterapia, caminatas, etc.), a su vez es importante que estas actividades se las realice siempre con el apoyo de familiares
  
- ✓ Es importante que la universidad trabaje con sus estudiantes en programas de prevención en cada uno de nuestros cantones (Charlas, programas de radio, etc.), como una forma de vinculación con la colectividad.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Arboleda, A., Vargas, D., & Galicia, J. (2008). *ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ADULTO MAYOR*. Obtenido de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/980/1/61897A666.pdf>  
ARCE, T., & BONETO, M. (s.f.).
- Armas, P., & Hernandez, H. (2012). *Revista Latinoamericana de Hipertensión- Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de Revista Latinoamericana de Hipertensión- Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. .  
María José,, vol. 1, núm. 1. pp. 10-17.  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1702/170217078002.pdf>
- Aucay, . O., & Carabajo, . L. (2013). *AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N01 PUMAPUNGO, CUENCA – ECUADOR 2013*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5091>
- Aucay,, O., & Carabajo,, L. (2013). *AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N01 PUMAPUNGO, CUENCA – ECUADOR 2013*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5091>
- Bumburi, C. (2012). *Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables. instituto nacional de nutrición*. Obtenido de [//www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf](http://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf):  
(Consulta, Caracas Venezuela, 2007).
- Catalá,, M., & Girbés,, J. (2008). *Manual de Educación Diabetológica. Plan de Diabetes de la Comunitat Valenciana*. Obtenido de <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5221-2008.pdf>
- Cedeño, M. (2013). *La reducción de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida influyen en el envejecimiento de la población*. Obtenido de <http://www.telegrafo.com.ec/palabra-mayor/item/ecuador-dejaria-de-ser-un-pais-joven-en-2050.html>.
- Cedeño, m. (2014). *La reducción de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida influyen en el envejecimiento de la población*. Obtenido de <http://www.telegrafo.com.ec/palabra-mayor/item/ecuador-dejaria-de-ser-un-pais-joven-en-2050.html>
- Cortes, R., & Acuña, J. (2012). *PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ÁREA DE SALUD DE ESPERANZA*. Obtenido de [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/acuna\\_castro\\_yessika\\_sa\\_2012.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/acuna_castro_yessika_sa_2012.pdf)

- De la Cruz, M., Vargas, J., Ledezma, E., Holguín, M., Martínez, A., & Fragoso, L. (2013). *Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial y diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad*. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n3/v15n3a14.pdf>
- De la Cruz, M., Vargas, J., Ledezma, E., Holguín, M., Martínez, A., & Fragoso, L. (2013).
- De la Cruz, M., Vargas, J., Ledezma, E., Holguín, M., Martínez, A., & Fragoso, L. (2013). *Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad*. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n3/v15n3a14.pdf>
- Fernández, J., & López, M. (2010). *Revista española de Salud Pública. Madrid. Los conceptos de estilos de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de Hipertensión Arterial*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext)
- Fernández, J., & López, M. (2010). *Revista española de Salud Pública. Madrid. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext)
- Flores, J., & Aguila, F. (2011). *Diabetes mellitus y sus complicaciones. La epidemiología, las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 y 2. Diabetes gestacional. Parte 1*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2006/prn062e.pdf>
- Flores, J., & Aguila, F. (2006). *Diabetes mellitus y sus complicaciones. La epidemiología, las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 y 2. Diabetes gestacional. Parte 1*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2006/prn062e.pdf>
- Grisar, A. (2008). *ENFERMEDADES CRONICA DEGENERATIVA Y PRACTICAS DE SALUD*. Obtenido de [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/grisar\\_a/sources/grisar\\_a.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/grisar_a/sources/grisar_a.pdf)
- *Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes*. (2014).
- *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. (s.f.). Obtenido de [http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2\\_Escalas.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf)
- Hernandez, H. (2012). *Atención del Adulto Mayor*. Obtenido de 1. Atención del Adulto Mayor. <http://www.monografias.com/trabajos96/atencion-al-adulto-mayor/atencion-al-adulto-mayor.shtml>

- *IDF Diabetes ATLAS. Sexta edición.* (2014). Obtenido de <https://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes?language=es>
- Iglesia,, R., Barutell,, L., Artola,, S., & Serrano,, R. (2014). *Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus.* Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>
- Jadán, M. (2011). *PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES FRECUENTES EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CLUB AMIGOS DULCES” DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2011.* Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6701>
- Jadán, M. (2011). *PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES FRECUENTES EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CLUB AMIGOS DULCES” DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2011.* Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6701>
- Jadán, M. (2011). *Tesis de Grado.* Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6701>
- Lázaro,, J., Snyder,, R., & Ramón,, J. (s.f.). *Úlceras de pie diabético. Prevención, cuidados y tratamiento.* Obtenido de [https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones\\_ficheros/55/Guia\\_piediabetico.pdf](https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/55/Guia_piediabetico.pdf)
- Mediavilla, J. (2014). *Guía en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2.* . Obtenido de <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl>
- Mena, N. (2009). *Adicciones: Tabaquismo, alcohol y otros* . Obtenido de Disponible: [http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr\\_Moreno-4.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Moreno-4.pdf).
- Minterna, J. (2013). *Guías americanas recientes (2013): algoritmos de manejo en diabetes (American Association of Clinical Endocrinologists).* Obtenido de <http://jrminterna.blogspot.com/2013/12/guias-americanas-recientes-2013.html>
- Minterna, J. (2013). *Guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2014: diagnóstico y tratamiento.* Obtenido de <http://jrminterna.blogspot.com/2013/12/ultima-hora-guias-de-diabetes-2014.html>
- Mogrovejo, L. (2012). *COMPLICACIONES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ADULTO MAYOR.* Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3995>
- Moreno, A. (2009). *Guía de recomendaciones de Pacientes.* Obtenido de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content->

Disposition&blobheadervalue1=filename%3D10\_Hipert\_Arterial\_LowRes.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158626096337&ssbinary=true

- Moreno, M. (2010). 2. *La reducción de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida influyen en el envejecimiento de la población.* Obtenido de <http://www.telegrafo.com.ec/palabra-mayor/item/ecuador-dejaria-de-ser-un-pais-joven-en-2050.html>

## 12. ANEXOS



### **“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”** **Área de la Salud Humana** **Encuesta**

“ESTILO DE VIDA EN MAYORES DE 60 AÑOS Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL GRUPO DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN ESPINDOLA”

#### **DATOS FILIACIÓN:**

- Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: MASCULINO ( ) FEMENINO ( )
- Raza: \_\_\_\_\_
- Instrucción: \_\_\_\_\_
- Ocupación: \_\_\_\_\_

✚ ¿Qué enfermedad padece?

Diabetes Mellitus tipo 2 ( )

Hipertensión Arterial ( )

Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2

✚ Hace qué tiempo le diagnosticaron la Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus tipo II?

1 años-2 años	
3 años-4 años	
Hace 5 años	
Mas de 5 años	

✚ ¿Qué tipo de alimentos consume con mayor frecuencia marque con un x?



Leche	
Queso	
Carne	
Pescado	
Huevos	
Legumbres(alfalfa, habas, frijoles, soya)	
Trigo	
Maíz	
Arroz	
Aceites	
Frutas (manzana, pera, papaya)	
Verduras(brócoli, lechuga, coliflor)	
Leguminosa(lenteja)	

✚ ¿Cuántos litros al día ingiere de agua?

- Medio Litro (2 vasos medianos) ( )  
Un litro (4 vasos medianos) ( )  
Dos Litros (8 vasos medianos) ( )  
Tres Litros (12 vasos medianos) ( )

✚ ¿Usted realiza ejercicio físico?

Si ( ) No ( ) A veces ( ) Nunca ( )

Cuál de los siguientes

Camina ( )

Bailoterapia ( )

Otro ( )

Indique cual: \_\_\_\_\_

Cuántas veces a la semana

Todos los días ( )

Una vez ( )

Dos veces ( )



Tres veces ( )

✚ ¿Usted consume tabaco?

Si ( ) No ( )

Cuantos consume al día\_\_\_\_\_

✚ ¿Usted ingiere alcohol?

Si ( ) No ( )

Cuantas veces a la semana

✚ ¿Usted ingiere café?

Si ( ) No ( )

Cuantas veces al día.

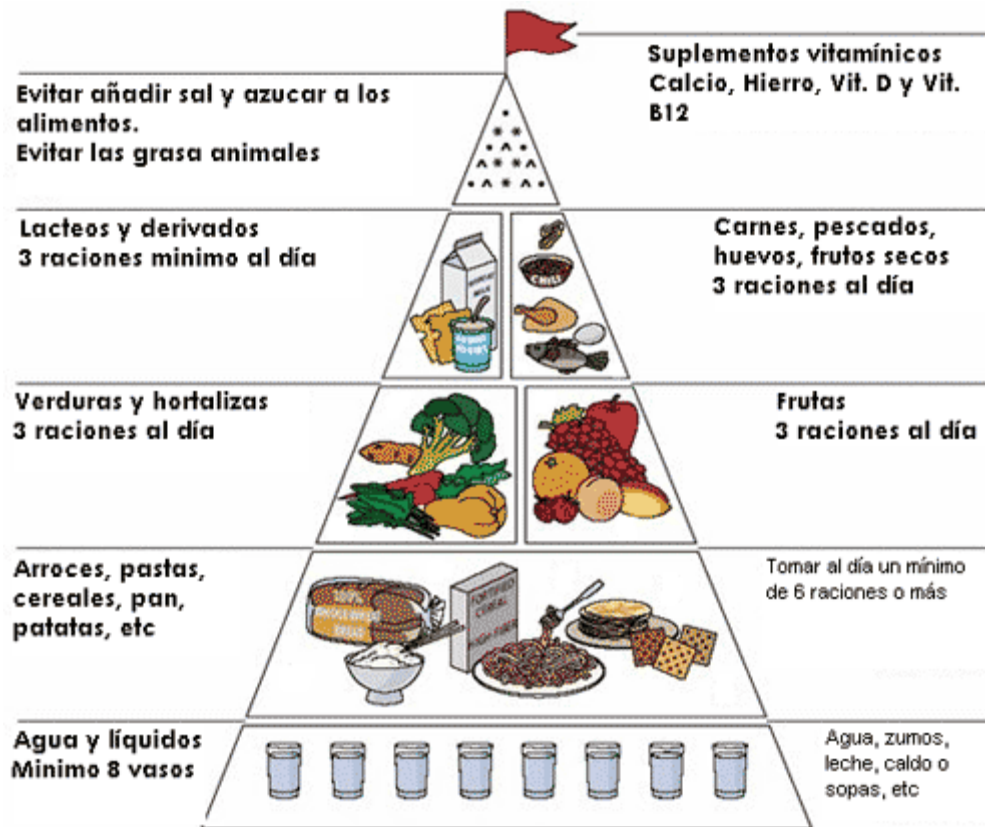


**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”**  
**Área de la Salud Humana**  
**Ficha**

“ESTILO DE VIDA EN MAYORES DE 60 AÑOS Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ELGRUPO DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN ESPINDOLA”

Nombres Apellidos	Edad	Enfermedad diagnósticada	Tiempo de evolución	Tensión arterial		Glicemia		Complicacio- nes
				Estable SI	Inestable NO	normal	elevada	

## PIRAMIDE ALIMENTICIA DEL ADULTO MAYOR



Pirámide alimenticia en los ancianos [www.hacerdieta.com](http://www.hacerdieta.com)

## ÍNDICE

Caratula.....	I
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Carta de Autorización.....	IV
Autorización.....	V
Dedicatoria .....	VII
Agradecimiento.....	VIII
1.Título.....	1
2.Resumen.....	2
3. Abstract .....	3
4. Introducción.....	4
5. Revisión Bibliográfica .....	6
5.1.Ciclos de Vida.....	6
5.1.1. Definición .....	6
5.1.1.1. Adulto Mayor .....	7
5.1.1.1.1. Definición .....	7
5.2. Enfermedades Crónicas .....	10
5.2.1. Hipertensión Arterial .....	10
5.2.1.1. Definición .....	12
5.2.1.2. Clasificación .....	14
5.2.2. Diabetes Mellitus tipo 2 .....	15
5.2.2.1. Definición .....	15
5.3. Estilos de vida .....	17
5.3.1. Definición .....	17
5.3.1.1.Tipos de Estilos de Vida .....	17
5.3.1.1.1. Dieta .....	17
5.3.1.1.2. Tabaco .....	19
5.3.1.1.2. Alcohol.....	20
5.3.1.1.3. Café.....	22

6. Metodología.....	26
7. Resultados.....	28
8. Discusión .....	32
9. Conclusión .....	34
10. Recomendaciones .....	35
11. Bibliografía .....	36
12. Anexos .....	40
13. Índice.....	45