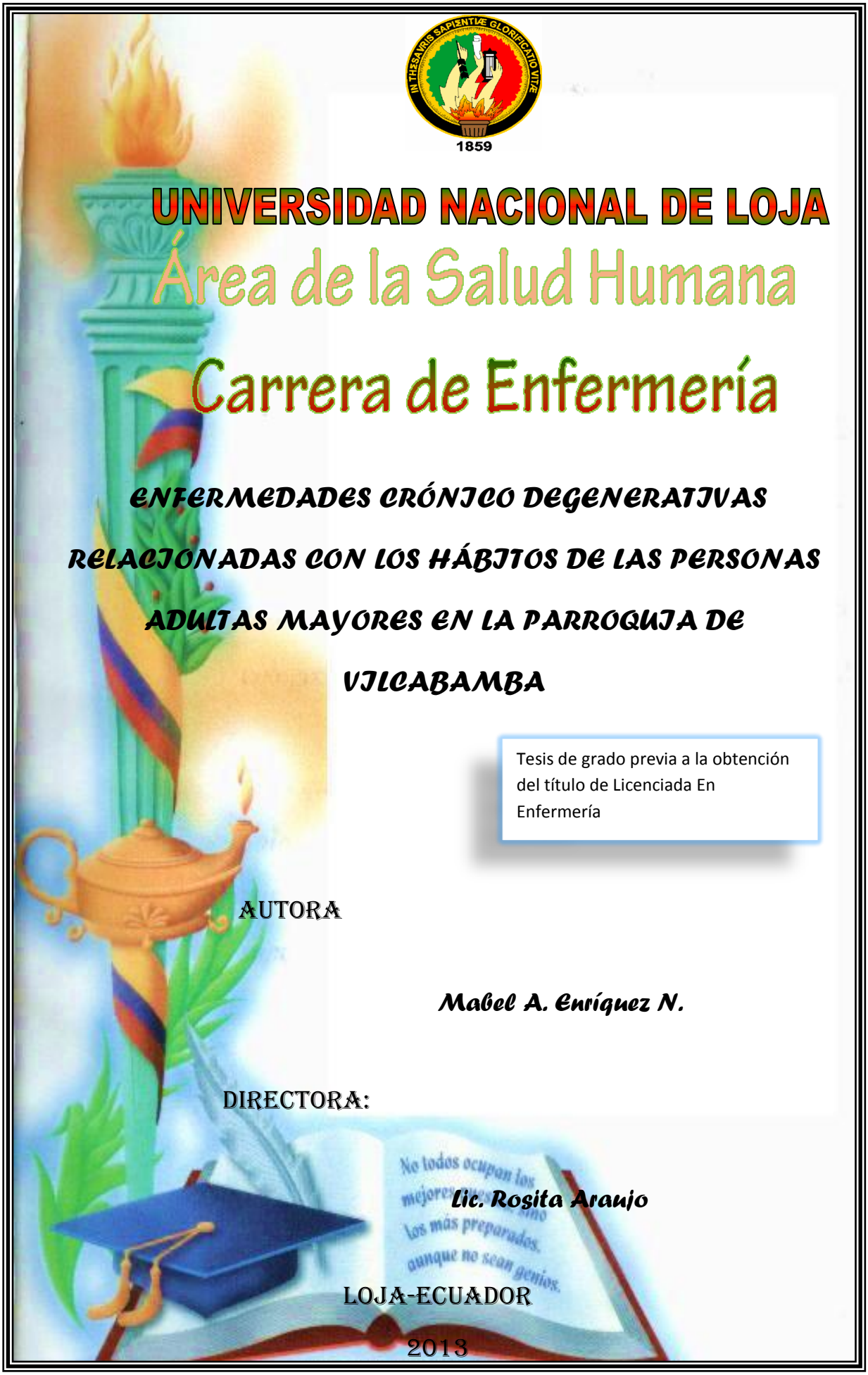

1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS RELACIONADAS CON LOS HÁBITOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA PARROQUIA DE VILCABAMBA

Tesis de grado previa a la obtención del título de Licenciada En Enfermería

AUTORA

Mabel A. Enríquez N.

DIRECTORA:

Lic. Rosita Araujo

LOJA-ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

Loja, octubre 2013

Licenciada Rosita Araujo
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Certifico que el trabajo de investigación de tesis titulado "**ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS RELACIONADAS CON LOS HÁBITOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA PARROQUIA DE VILCABAMBA**", de autoría exclusiva de la Srta. Mabel Alexandra Enríquez Naula ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo mi dirección y control, por tales razones se autoriza su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado designado.

Licenciada Rosita Araujo
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Mabel Alexandra Enríquez Naula,** declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado "**ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS RELACIONADAS CON LOS HÁBITOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA PARROQUIA DE VILCABAMBA**", y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autora: Mabel A. Enríquez Naula
Firma:
Cédula: 1104603871
Fecha: 25 de octubre de 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Mabel Alexandra Enríquez Naula declaro ser autora de la tesis titulada "**ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS RELACIONADAS CON LOS HÁBITOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA PARROQUIA DE VILCABAMBA**", como requisito para optar al grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 25 días del mes de octubre del dos mil trece, firma la autora.

Firma:

Autora: Mabel A. Enríquez Naula

Cédula: 1104603871

Correo electrónico: mabisale@hotmail.com

Dirección: Cdla. Electricista Alto

Teléfono: 2548542

Celular: 0980906595

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Lic. Rosita Araujo

Tribunal de Grado: Lic. Mg. Rosa Rojas

Lic. Mg. Rosa Arévalo

Dra. Meri Ordóñez

DEDICATORIA

Con mucho amor y cariño dedico este trabajo a mis padres quienes han sido el pilar fundamental de mi formación y de especial manera a mi madre quien me ha enseñado a no desistir ante las adversidades. Y a cada una de las personas que han tocado mi vida y me han apoyado incondicionalmente a lo largo de mis estudios universitarios.

Mabel A. Enríquez Naula

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por iluminar mi camino y acompañarme a cada instante de mi vida y por regalarme fortaleza en los momentos más difíciles de mi vida.

De igual manera a la Universidad Nacional de Loja y de forma especial a la carrera de Enfermería por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, también a toda la planta docente y sus directivos que conforman el área de la salud, por impartirme sus sabios consejos y conocimientos durante los años de estudio.

De manera particular a mi directora de tesis Licenciada Rosita Araujo, quien con gran esmero y dedicación dirigió responsablemente el presente trabajo investigativo.

Además extiendo mi sincero agradecimiento a la Dra. Katty García Coordinadora del Proyecto de la Asociación de Adultos Mayores Vilcabamba, por el gran apoyo y colaboración brindada así como también a todas las personas que formaron parte del estudio por contribuir desinteresadamente al desarrollo de la investigación.

1. TEMA

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS RELACIONADAS CON LOS HÁBITOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA PARROQUIA DE VILCABAMBA

2. RESUMEN

Este trabajo investigativo es un estudio descriptivo realizado en un grupo aleatorio de Personas Adultas Mayores residentes en la Parroquia de Vilcabamba durante el periodo septiembre 2012 a marzo 2013.

Se planteó como objetivo principal: determinar la relación entre la práctica de hábitos saludables y las enfermedades crónico degenerativas y en base a ello se elaboró una propuesta de intervención dirigida a las personas que forman parte de la Asociación de Adultos Mayores Vilcabamba.

El universo lo constituyeron 323 Personas Adultas Mayores residentes en la parroquia de Vilcabamba, y la muestra estuvo conformada por 80 personas adultas mayores que representan el 25% del Universo, constituida por 40 hombres: 20 con diagnóstico de hipertensión arterial, 9 con diabetes mellitus, 6 con osteoporosis y 5 con artrosis; y 40 mujeres: 16 con diagnóstico de hipertensión arterial, 10 con diabetes mellitus, 9 con osteoporosis y 5 con artrosis.

Para cumplir con los objetivos planteados se utilizó la entrevista como técnica de recolección de datos con el fin de identificar los factores de riesgo causantes de las principales enfermedades crónico degenerativas que afectan a esta población adulta mayor.

Con lo que se llegó a determinar que los hábitos coadyuvantes de las principales enfermedades crónico degenerativas en esta población (HTA, diabetes mellitus, artrosis, osteoporosis) que mayormente prevalecieron en el grupo de estudio, son el sedentarismo, gran consumo de alcohol y tabaco.

Luego de ser analizados los resultados obtenidos se los representó en tablas simples expresadas en frecuencia y porcentaje de acuerdo al sexo, así se logró establecer las conclusiones y recomendaciones respectivamente.

Los resultados obtenidos constituyen un elemento básico y de gran ayuda para la elaboración del informe final y así poder ejecutar la propuesta de intervención encaminada a brindar información relacionada con la preservación

de la salud y recomendaciones que promuevan hábitos de vida saludables en las personas que conforman la Asociación de Adultos Mayores Vilcabamba.

SUMMARY

This research work is a descriptive study conducted in a random group of Older Persons residing in the parish of Vilcabamba during the period September 2012 to March 2013.

It was suggested main objective: to determine the relationship between the practice of healthy habits and chronic degenerative diseases and based on this, we create a proposal for intervention aimed at people who are part of the Association of Senior Vilcabamba.

The universe was made up of 323 Older Persons resident in the parish of Vilcabamba, and the sample consisted of 80 older adults accounting for 25 % of the Universe, consisting of 40 men: 20 with a diagnosis of hypertension, 9 with diabetes mellitus, June 5 with osteoporosis and osteoarthritis, and 40 women: 16 with a diagnosis of hypertension, 10 with diabetes mellitus, September 5 with osteoporosis and osteoarthritis.

To meet the objectives interviews were used as data collection technique in order to identify the risk factors causing major chronic degenerative diseases that affect this older population.

Bringing it was determined that habits aids major chronic degenerative diseases in this population (hypertension , diabetes mellitus, osteoarthritis , osteoporosis) that largely prevailed in the study group , are sedentary, high consumption of alcohol and snuff .

After being analyzed the results obtained are represented in simple tables expressed in frequency and percentage according to sex, and it was established the conclusions and recommendations respectively.

The results are a staple and a great help for the final report and be able to run the proposed intervention to provide information related to the preservation of

health and recommendations that promote healthy lifestyles in people that make up the Seniors Association of Vilcabamba

3. INTRODUCCIÓN

La salud se constituye en un elemento básico de la vida larga, se logra a partir de múltiples acciones que pueden mantenerla por un tiempo prolongado o perderla debido a diversas razones, conductas, o prácticas. La importancia de la salud consiste en que permite a la persona que la goza tener una buena calidad de vida en todos los aspectos.

Actualmente los cambios en los modos de vida tornan más difícil el lograr un estado de completa salud debido al estilo de vida agitado y estresante que llevamos a cabo. Para estar sana, una persona debe combinar ciertas acciones o actitudes tales como llevar a cabo una buena alimentación, realizar ejercicios de manera regular, no consumir sustancias tóxicas o adictivas como el tabaco, alcohol o cualquier tipo de droga y realizar chequeos médicos de manera regular para prevenir o controlar posibles complicaciones, logrando así que el individuo pueda vivir con un mejor estado de ánimo, con más vitalidad y energía, con mejores expectativas a futuro, etc.

Conjuntamente con el desarrollo del mundo y los avances en los distintos ámbitos ciencia, técnica, industria y medicina la esperanza de vida al nacer ha aumentado y con este fenómeno también ha incrementado la población adulta mayor, por ello este fenómeno resulta un campo interesante para la investigación, la tercera edad constituye una etapa de la vida influenciada por la opinión social, cultural, limitaciones, funcionalidad e integración social de la persona adulta mayor.

La persona adulta mayor tiene una creciente necesidad de seguridad ya que en esta etapa de la vida los recursos físicos y psicológicos están en decadencia, existiendo sentimientos de impotencia para satisfacer necesidades, lo que provoca frustración, miedo e infelicidad. Los hábitos de vida de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas degenerativas son importantes para evitar que se produzcan complicaciones en cada uno de los órganos y sistemas disfuncionales logrando así un envejecimiento con calidad y calidez.

Los cambios en los hábitos de vida asociados a la creciente movilización de las poblaciones hacia las áreas urbanas, han traído consigo una nueva cara de la

situación de salud mundial, nacional y local, las conocidas enfermedades crónico degenerativas, causantes del 63% de muertes en 2008, según un reporte del estado global emitido por la OMS. Por ello “las enfermedades crónicas son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud, lo son por varios factores: el número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, sus complicaciones y elevado costo de tratamiento” [1]

Según las proyecciones de la OMS la población de adultos mayores irá en aumento en los siguientes 10 años, dado las mejores condiciones de vida en los países industrializados con la llegada de nuevos tratamientos médicos, nuevas ramas de la medicina que abarcan patologías y prevención de enfermedades en los grupos de edad considerados como adultos mayores, además a los niveles culturales y económicos que se han desarrollado en los países industrializados.

Cada vez más se relacionan los problemas de salud de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas degenerativas principalmente “la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, ambas que cada día se presentan a más temprana edad y cuyas complicaciones pueden desencadenar enfermedad cardiovascular, renal, cerebral, etc.” [2] Uno de cada tres adultos mayores presentan algún tipo de enfermedad crónica. “Aproximadamente el 70% de todas las muertes de los adultos mayores es causada por enfermedades crónicas (Kimberly and MaccLane, 2006).” [3] De ahí la necesidad de que existan Programas de Salud, orientados hacia la población de adultos mayores.

La hipertensión arterial y diabetes son enfermedades de gran importancia y que son padecidas por más de la mitad de la población, aproximadamente en “América Latina se calcula que alrededor de 20 millones de personas padecen

---

1 World Health Organization Preventing chronic diseases. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s003636342008005000158&script=sci_arttext.

2 Marín P. *Envejecimiento saludable.* Fecha de consulta: 28 de febrero de 2013. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria.

3 Guzmán, José Miguel, Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe.

de diabetes mellitus y más de 7 millones de muertes anuales son a causa de la hipertensión arterial, e incrementa su incidencia conforme aumenta la edad". [4]

El adulto mayor se caracteriza por su alta morbilidad, las presentaciones atípicas de la enfermedad, la lenta respuesta al tratamiento y la necesidad de soporte social. Estas características, junto con el envejecimiento progresivo de la población, abogan por especialidades médicas específicas y respaldan el desarrollo de una atención especializada.

Es por estas razones que las acciones encaminadas a favor de las personas adultas mayores se convierten en un desafío para el Estado en todos sus niveles nacional y local, el Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que "los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población."[5] Datos Epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública (MSP), registran "67.570 casos notificados de Hipertensión Arterial y 25.894 casos de Diabetes Mellitus en el año 2007, y para el año 2009 estas cifras ascendieron a 151.821 y 68.355 casos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus respectivamente." [6]

Por ello con el fin de identificar los hábitos causantes de enfermedades crónico degenerativas se hizo un estudio descriptivo utilizando una guía de entrevista como técnica de recolección de datos, el Universo y Muestra fueron las personas adultas mayores de la Parroquia de Vilcabamba, la muestra fue de 80 personas, 40 hombres y 40 mujeres, luego de la tabulación y análisis de los datos obtenidos se evidencio que los existió un total de 36 personas con hipertensión arterial, 19 con diabetes mellitus, 15 con osteoporosis y 10 con artrosis.

---

4 Revista Médica de Chile 2009. Disponible en: www.monografias.com/trabajos19/hipertension-arterial/hipertension-arterial

5 Ministerio de Inclusión Social y Económica MIES. *Agenda de las personas adultas mayores.*

6 Ministerio de Salud Pública. MSP. 2009. Enfermedades crónicas no transmisibles. Disponible en: www.msp.gob.ec/index.php/enfermedades-cronicas-no-ransmitibles/salud-del-adulto-enfermedades-crónicas-no-transmitibles.html.

La importancia de este trabajo investigativo está en conocer los hábitos causantes de las dos enfermedades crónico degenerativas antes mencionadas en esta población y en base a los resultados obtenidos poder planificar y ejecutar un plan de atención integral que permita mejorar la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores de esta Parroquia.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

ESQUEMA DE CONTENIDOS DEL MARCO TEÓRICO

1. SALUD INTEGRAL

2. CONCEPTO DE SALUD

2.1. COMPONENTES DE LA SALUD

2.1.1. Salud física

2.1.2. Salud emocional

2.1.3. Salud social

2.2. SALUD EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

3. CALIDAD DE VIDA Y HÁBITOS DE VIDA

3.1. HÁBITOS DE VIDA

3.1.1. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

4. HÁBITOS ALIMENTICIOS Y EL ADULTO MAYOR

4.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

4.2. DIETA ADECUADA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

5. ACTIVIDAD FÍSICA Y EL ADULTO MAYOR

5.1. ACTIVIDAD FÍSICA Y EL ADULTO MAYOR

5.2. IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

6. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

6.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

6.1.1. FACTORES PREDICTORES Y PATOGÉNESIS

6.1.1.1. Herencia y factores genéticos

6.1.1.2. Obesidad

6.1.1.3. Sedentarismo y factores ambientales

6.1.1.4. Consumo de alcohol y HTA

6.1.1.5. Sal y HTA

6.1.1.6. Edad y etnia

6.1.1.7. Sexo

6.1.2. CUIDADOS DEL PACIENTE HIPERTENSO

6.1.2.1. Modificaciones del estilo de vida

6.1.2.1.1. Reducción de peso

6.1.2.1.2. Consumo de alcohol
6.1.2.1.3. Reducción de la ingesta de sodio
6.1.2.1.4. Ejercicio físico aeróbico e isotónico
6.1.2.1.5. Otras medidas útiles

6.2. DIABETES
6.2.1. FACTORES DE RIESGO
6.2.1.1. Edad y sexo
6.2.1.2. Factor genético
6.2.1.3. Obesidad
6.2.1.4. Nutrición
6.2.1.5. Ejercicio físico

6.2.2. CUIDADOS DE LA PERSONA DIABÉTICA
6.2.2.1. Nutrición
6.2.2.2. Ejercicio Físico
6.2.2.3. Educación diabetológica
6.2.2.3.1. Cuidados de los pies

6.3. OSTEOPOROSIS
6.3.1. FACTORES DE RIESGO
6.3.1.1. Calcio nutricional
6.3.1.2. Estado estrogénico
6.3.1.3. Actividad física
6.3.1.4. Enfermedad crónica
6.3.1.5. Medicación
6.3.1.6. Tabaquismo
6.3.2. CUIDADO DE LA PERSONA CON OSTEOPOROSIS
6.3.2.1. Reducción de factores de riesgo
6.3.2.2. Necesidades nutricionales y ejercicio

6.4. ARTROSIS
6.4.1. FACTORES DE RIESGO
6.4.1.1. Edad

6.4.1.2. Sexo
6.4.1.3. Factores mecánicos
6.4.1.4. Factores constitucionales
6.4.1.5. Factores Genéticos

6.4.2. CUIDADOS DEL PACIENTE ARTRÓSICO
6.4.2.1. Educación
6.4.2.2. Medidas higiénicas y reposo
6.4.2.3. Fisioterapia

7. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR

1. SALUD INTEGRAL

La salud integral es el "estado de bienestar ideal, que se logra cuando existe un equilibrio entre los factores biológicos, físicos, mentales, emocionales, espirituales y sociales, que admiten un conveniente desarrollo y crecimiento en todas las etapas de la vida" [7].

2. CONCEPTO DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define salud como el "estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales" [8]. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.

2.1. COMPONENTES DE LA SALUD

2.1.1. Salud física.- Se relaciona directamente con los órganos internos y con el bienestar en general. Los males y enfermedades que padecen los seres humanos se combinan uno con otro para contribuir al deterioro de la salud física.

2.1.2. Salud emocional.- Está relacionada directamente con los sentimientos, la depresión, angustia, temor, ansiedad que son algunos de los aspectos de este tipo de salud.

2.1.3. Salud social.- Tiene relación con la interacción con la sociedad y el ambiente lo que permite satisfacer las relaciones interpersonales.

---

7 MIES, CEPAL, CELADE, MCDS, "Protección social de la Tercera Edad en Ecuador". 2007. Pág. 8 - 15

8 Constitución de la Organización Mundial de la Salud OMS, aprobada en la conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entro en vigor el 7 de abril de 1948. OMS Glosario de Promoción de la Salud. Disponible en: www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf.

2.2. SALUD EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Como ya se mencionó la salud va mucho más allá de la ausencia de la enfermedad, para que exista una salud integral es necesaria la armonía entre el cuerpo, mente y espíritu, lo que permite la plenitud al ser humano.

El gozar de dichas capacidades dependerá de muchos aspectos y varían de una persona a otra, ya que intervienen las características fisiológicas, el ambiente, las relaciones sociales, el estilo de vida, etc. Sin embargo, un factor común que afecta directamente las capacidades mencionadas es el envejecimiento.

Está claro que el "envejecimiento es un proceso natural e inevitable al que estamos sometidos todos los seres humanos e implica cambios a nivel biológico y psicosocial; es decir, conduce tanto a modificaciones en los sistemas y órganos del cuerpo (variaciones externas e internas que, en la mayoría de los casos, se traducen en cambios significativos en la apariencia y disfunciones a nivel general); así como a transformaciones paulatinas y experiencias que suceden a lo largo de la vida" [9] (el paso del rol paterno o materno al rol de abuelo o abuela, la viudez, la pérdida de seres queridos y/o la jubilación).

No obstante es importante no asociar la vejez con discapacidad, enfermedad, pérdida de independencia o inactividad física y mental. Por el contrario debemos asumirla como una nueva etapa que debe vivirse saludablemente desde una perspectiva integral.

Bajo esta premisa, las personas adultas mayores deben adoptar hábitos de vida basados en el autocuidado, la práctica de hábitos de alimentación e higiene adecuados y la incorporación de la actividad física, mental y social como componente fundamental del quehacer diario.

---

[9] Ministerio de Inclusión Económica y Social - DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL GERONTOLÓGICA (2012). Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas Adultas Mayores. Quito – Ecuador.

Entre los buenos hábitos figuran: consumir frutas, verduras y legumbres; evitar el exceso de grasas y azúcares; tomar agua; establecer y respetar horarios para las distintas actividades cotidianas; bañarse diariamente, cuidar la apariencia personal; etc.

Está comprobado que con estas prácticas "aumentarán las probabilidades de disfrutar una vejez satisfactoria; mientras que, por el contrario, una vida de excesos y malos hábitos acelerará los procesos de deterioro del envejecimiento y, por lo tanto, limitará las oportunidades de una vejez con calidad de vida." [10]

3. CALIDAD DE VIDA Y HÁBITOS DE VIDA

Desde siempre el hombre a buscada vivir más y de mejor manera, por ellos es imposible hablar de hábito de vida sin enmarcarlo dentro del concepto de modo de vida, ya que ambos determinan la forma como se desarrolla el hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud-enfermedad.

La importancia del estudio de la calidad y hábitos de vida tiene su origen en la década de los 50, cuando simultáneamente se establecieron en los EE.UU. las primeras escuelas de medicina preventiva en las que se recomendaba prestar atención a la prevención de salud y, por tanto, se comenzó el estudio de los elementos que intervienen en su cuidado, aunque aún no se identificaban el estilo y modo de vida dentro de estos elementos. También sus orígenes se encuentran en Inglaterra, cuando H Sigesrist (1945) definió las cuatro tareas principales de la medicina: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, lo que impulsó el estudio de los elementos no biológicos que intervienen en la salud.

El camino para arribar, en forma general, a estos nuevos conocimientos en medicina, se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con un avanzado desarrollo socioeconómico, donde las enfermedades infecciosas ya no eran las principales causas de muerte, y aparecieron otros

[10] Ministerio de Salud Pública -Dirección de Normalización SNS (2010). Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los adultos mayores. Quito - Ecuador.

elementos que inciden en la aparición de enfermedades y muertes, como por ejemplo: un sistema de cuidados de la salud inadecuado, factores conductuales o estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos.

Diversos estudios epidemiológicos han logrado mostrar la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. “Un hábito de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad.” [11]

Es importante el estudio de la calidad de vida, sin embargo la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Para la OMS, la calidad de vida es: “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

3.1. HÁBITOS DE VIDA

Los hábitos de vida reflejan las condiciones económico-sociales de la vida de la sociedad como las peculiaridades y las tradiciones de esta, lo que indica los diferentes hábitos de vida de cada comunidad, familia o un individuo que dependen de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas, etc.

[11] Estilos de vida Saludables. Disponible en: www.psicologiacientifica.com

Los hábitos de vida son la forma individual de vivir de cada persona y se relacionan con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los hábitos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: "**el material, el social y el ideológico"**

- En lo material, se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.
- En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.
- En el plano ideológico, se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Por ello los hábitos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo. Los hábitos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida.

3.1.1. Hábitos de vida saludables

Los hábitos de vida saludable se pueden definir como el comportamiento de las personas frente a la exposición a factores nocivos que representan un riesgo para la salud. Las diferentes conductas adoptadas se vinculan con el bienestar. "Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento." [12]

[12] Aranda Pilar (2011), Estilos de vida saludables. Disponible en: *Elisa.bligoo.com/.../estilo-de-vida-saludable.html*

Los hábitos de vida saludables son conductas que disminuyen los riesgos de enfermar, y su análisis es de creciente interés ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en la salud y, además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportas mentales.

Algunos de estos factores protectores o hábitos de vida saludables podrían ser:

a) **Ejercicio físico.-**La actividad física regular es fundamental para prevenir patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad actual, los principales beneficios son sobre la prevención de problemas cardiovasculares, ayuda a controlar el peso al normalizar el metabolismo de los hidratos de carbono y de los lípidos, a nivel psicológico reduce sentimientos de estrés y ansiedad. [13]

b) **Buena nutrición.-** Una buena nutrición es elemental para lograr un estado óptimo de salud, y la mayoría de enfermedades actuales o "modernas" guardan estrecha relación con la dieta, dicho esto la dieta saludable es aquella que tiene un adecuado consumo de sustancias nutritivas (p. ej., minerales, vitaminas, proteínas, etc.).

4. HÁBITOS ALIMENTICIOS Y EL ADULTO MAYOR

El hábito es toda conducta que se repite de forma sistemática, es claro que los hábitos alimentarios dependen en gran parte de los patrones culturales y de las tradiciones de cada individuo.

Los hábitos alimenticios son aquellos adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación. El gozar de una dieta equilibrada y variada (que incluya alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes que logren satisfacer todas las necesidades energéticas y nutritivas), acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos.

[13] León M. Bioquímica Bases para la Actividad Física. La Habana: Deportes; 2004.

4.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La alimentación es básica para todo ser humano, actualmente la mala alimentación constituye una de las principales causas de enfermedad. Todas las personas mayores tienen establecidos diferentes hábitos de alimentación consolidados con el pasar de los años.

Las preferencias al comer generalmente sólo cambian ante la presencia de una enfermedad o una clara percepción de que lo que se come es inadecuada (por cualquier razón).

4.2. DIETA ADECUADA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La dieta adecuada debe atender los problemas y necesidades de cada individuo, el plan básico de cuatro alimentos al día constituye un punto de partida, si alguno de los alimentos no son de los preferidos para la persona o bien tolerado conviene hacer cambios.

"Las necesidades energéticas disminuyen y las necesidades de otros nutrimentos es igual al de un adulto joven por ello los alimentos que se escojan deberán ser de alta calidad nutritiva, así mismo mientras más se pueda deberá disminuirse la cantidad de sodio ya que éste provoca retención de líquidos y como consecuencia a ello aumenta la presión sanguínea. La identificación del deterioro y la intervención nutricional temprana pueden evitar algunas de las complicaciones de desnutrición y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor" [14].

Lo importante es elegir alimentos que sean de fácil preparación y comer en raciones pequeñas o medianas según la necesidad además es recomendable ir variando día a día el menú para asegurarse de tener el aporte de todos los

[14] Organización Panamericana de la Salud – OPS (2011). La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Segunda edición. Estados Unidos.

nutrientes protectores de la salud (proteínas, lácteos, hidratos, hortalizas, frutas.)

5. ACTIVIDAD FÍSICA Y EL ADULTO MAYOR

El ejercicio físico es la actividad física recreativa, que se realiza en momentos de ocio o de tiempo libre, es decir fuera del trabajo o actividad laboral. Es una afición que obtiene una vivencia placentera, comunicativa, creativa y social. Implica sin duda alguna el pilar fundamental para la preservación de la salud en todas las etapas del ser humano.

El término "actividad física" se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile.

El ejercicio físico de forma organizada y bajo control médico en el adulto es considerado esencial en la prevención y control de diferentes factores de riesgo que desencadenan la aparición de enfermedades cardiovasculares (angina de pecho, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, etc.)

5.1. ACTIVIDAD FÍSICA Y EL ADULTO MAYOR

La actividad física es esencial para la salud de las personas adultas mayores, lo importante es que "debe ser realizada bajo control médico, y de forma paulatina.

La actividad frecuente refuerza la sensación de bienestar físico mejorando diferentes parámetros de la calidad de vida, ya que el envejecimiento trae consigo modificaciones en el funcionamiento de diversos órganos y sistemas." [15]

[15] MIES 1ª ed. (2010) Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE - Ecuador

Entre los diversos beneficios que trae consigo el ejercicio físico de forma constante están:

- Menor incidencia de caídas y fracturas óseas, por aumento de la fuerza muscular y coordinación de los movimientos, producto del entrenamiento.
- Retraso en la aparición de osteoporosis, sobre todo en mujeres posmenopáusicas.
- Disminuye la probabilidad de sufrir de depresión.
- La actividad física cotidiana, constituye uno de los pilares de los programas de prevención de la ateroesclerosis.
- En personas hipertensas, produce una disminución de las cifras de tensión arterial, con una gran mejoría de su cuadro clínico.
- Aumenta el gasto calórico del organismo, contribuyendo a la pérdida de peso y al mantenimiento de la misma.
- Mejora el sueño e induce una sensación de bienestar general incrementa la capacidad para desarrollar tareas cotidianas y laborales.

5.2. IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

La actividad física en esta etapa de la vida, tiene un gran número de ventajas, entre ellas:

- Incorporar normas y hábitos de vida que contribuyan a su bienestar.
- Conocimiento y manejo de técnicas que permitan enfrentar el deterioro orgánico y motor, derivado del proceso natural de envejecimiento.
- Motivar a la práctica sistemática y regular de actividad física, como componente rehabilitador y de salud.
- Mejora la calidad de vida de la persona.
- Aumenta la independencia.
- Aumenta la autosatisfacción.
- Mejora la interacción social.

6. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Las enfermedades crónicas degenerativas son padecimientos regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento. De este grupo cabe resaltar las más importantes y que son un problema de salud pública como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y las Enfermedades Reumáticas. Existen otros factores asociados a ellos como son edad, el exceso de peso, factores hereditarios, hábitos nocivos que atentan contra su salud.

Se definen como el trastorno orgánico funcional, de larga duración, que se constituye como una "enfermedad de larga duración y generalmente de progresión lenta" [16]. Siendo una gran carga social desde el punto de vista económico y como dependencia social e incapacitación. Cabe señalar que diversos estudios demostrado que "un control adecuado de estos padecimientos crónico – degenerativos, retarda la aparición de las complicaciones propias de estas enfermedades mejorando no solo la esperanza de vida sino incluso la calidad de vida." [17]

6.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión es el principal factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular (ECV), "una de las primeras causas de muerte en el adulto mayor y la primera de discapacidad en a nivel mundial". [18] Informes de la OMS destacan la importancia de las enfermedades crónicas como obstáculo al logro de un buen estado de salud.

La hipertensión arterial se define como el aumento de la presión en el interior de las arterias. Entre más alta está la presión, más esfuerzo debe hacer el corazón para poner a circular la sangre en el cuerpo. [19]

---

16 Organización Mundial de la Salud OMS. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

17 MSP y OPS (2008). Gúias Clínicas Geronto Geriatricas de Atención Primar de Salud para el Adulto Mayor. Quito Ecuador

18 R. Sánchez, M. Ayala, H. Baglivo, C. Velázquez, G. Burlando, O. kohlmann, et. al. Revista Chilena de Cardiología – Vol. 29 Nº1, 2010. Pág 118. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf.

19 Sociedad Panameña de Cardiología**.** Dr. Baldomero González, Médico Especialista en Cardiología Clínica. La Hipertensión Arterial (2011). Disponible en: http://cardiologiadepanama.org/pacientes/hipertension arterial.

6.1.1. FACTORES PREDICTORES Y PATOGÉNESIS

6.1.1.1. Herencia y factores genéticos.- Los hijos de hipertensos tienen mayor probabilidad de presentar HTA, el gran volumen de población hipertensa está constituido por formas de HTA esencial que presentan transmisión poligénica. Consiste en alteraciones localizadas en diferentes genes con efectos pequeños e independientes individuales, pero con un importante efecto sumatorio. El 40% de la variación interindividual de las cifras tensionales en la población está determinada por la carga genética. [20]

6.1.1.2. Obesidad.- Existe una relación directa y lineal entre el índice de masa corporal y la PA. El mecanismo inductor de HTA en los casos de obesidad es, probablemente, un aumento de la volemia y del volumen sistólico con una implicación tanto del sistema renina – angiotensina como del sistema nervioso simpático.

6.1.1.3. Sedentarismo y factores ambientales.- El sedentarismo incrementa el riesgo de padecer HTA y, en sentido contrario, la practica regular de ejercicio físico se acompaña de una reducción de la PA. Así también las deficiencias de potasio y magnesio se han asociado a cifras de presión arterial elevadas. Condicionantes externos o internos de naturaleza estresante son más frecuentes en los hipertensos. “Las personas sometidas a condiciones laborales estresantes, con gran demanda y escasa capacidad de decisión, presentan una hiperactividad del sistema nervioso simpático que podría ser el origen de una HTA crónica; el ruido ambiental y ocupacional también han sido implicados en determinados

[20] GUYTON HALL; Tratado de fisiología medica; 10ª edición; editorial offset s.a de cv; impreso en méxico julio 2001; págs. 1063-1074.

casos de HTA, si bien los mecanismos no están suficientemente aclarados". [21]

6.1.1.4. Consumo de alcohol y HTA.- El alcohol es responsable de un incremento de la PA como consecuencia de un incremento de la actividad simpática y del eje renina – angiotensina – aldosterona. La ingestión de cantidades superiores a 30g/día puede condicionar la aparición de HTA. El efecto presor del alcohol se ha demostrado tanto en hombres como en mujeres, pero en estas últimas con consumos diarios netamente inferiores. "El consumo excesivo de alcohol puede contribuir a un 25 – 30 % de los casos de HTA". [22]

6.1.1.5. Sal y HTA.- Diversos estudios han demostrado una relación entre el consumo de sal y las cifras de PA. Poblaciones con ingestiones de sal inferiores a 3g/día presentan prevalencias de HTA próximas al 0%. La sensibilidad a la sal es un ejemplo de la existencia de una interacción entre la genética y el ambiente. "Así, la presencia de determinados genotipos de gen de la enzima conversora de la angiotensina determina de forma parcial la existencia o no de la sensibilidad a la sal. Así mismo, la sensibilidad a la sal es un factor pronóstico en el desarrollo de complicaciones cardiovasculares y renales". [23]

6.1.1.6. Edad y etnia.- A medida que las personas van envejeciendo se produce un endurecimiento de las arterias que dificulta el paso de la sangre por las arterias y conlleva al aumento de la presión arterial. En cuanto a la etnia, individuos de etnia

---

[21] AMIR 2009 edición Barcelona tema 11 hipertensión arterial. Pág. 55- 56 editorial marban.

[22] HARRISON T. R; principios de medicina interna; 16 º edición, editorial –in-chief, ediciones 1, 2, 3,4 y 5 en español; impreso en chile 2006.

[23] A. Martin Zurro; J.F. Cano Pérez. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Quinta Edición. Volumen I. Pág. 772

negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de etnia blanca.

6.1.1.7. Sexo.- Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos es igual

6.1.2. CUIDADOS DEL PACIENTE HIPERTENSO

6.1.2.1. Modificaciones del estilo de vida

Las cuatro medidas o cambios del estilo de vida de mayor eficacia para obtener un descenso tensional son "la reducción de peso en caso de sobrepeso y obesidad, disminución del consumo de alcohol, reducción de la ingestión de sodio y ejercicio físico" [24]. La corrección de estos factores podría controlar un porcentaje importante de los hipertensos esenciales.

6.1.2.1.1. Reducción de peso.- La HTA se desarrolla con una frecuencia diez veces mayor en individuos con un exceso de peso del 20% o más, probablemente en relación con la disminución del gasto cardiaco y la actividad simpática. La reducción de peso es, en el paciente hipertenso, el método más eficaz para reducir su PA por métodos no farmacológicos. Así, la simple reducción de unos 4kg es eficaz incluso en individuos con un IMC muy por encima de los valores óptimos. Otros beneficios adicionales a la reducción de peso son el aumento de las HDL, la reducción de triglicéridos, una mejor tolerancia a la glucosa y la presencia de menos efectos secundarios en el tratamiento antihipertensivo.

[24] I. BID. A. Martin Zurro; J.F. Cano Pérez. Pág. 779

6.1.2.1.2. Consumo de alcohol.- La ingestión de alcohol se acompaña de un aumento de la PA, más importante a partir de las 2 – 3 unidades al día y puede inducir un empeoramiento o limitar la respuesta al tratamiento farmacológico. "El alcohol puede activar el eje renina – angiotensina, aumentar la producción de mineral corticoides y algunas bebidas alcohólicas pueden, además, aportar un exceso de sodio (cerveza). La moderación en el consumo de alcohol reduce rápidamente la PA. En el caso de personas hipertensas con ingestión elevada (> 100 g/día) la abstención del alcohol puede normalizar sus cifras de PA en más del 70% de los casos" [25]

6.1.2.1.3. Reducción de la ingesta de sodio.- La reducción del consumo de sal puede controlar al menos el 20% de los hipertensos esenciales. A pesar de que sólo una parte de la población hipertensa es sensible a la sal, esta medida hay que recomendarla a todas las personas hipertensas, salvo que esté contraindicada. La dieta hiposódica es más efectiva en personas mayores de 45 años y en personas de raza negra. "Se debe recomendar que las personas hipertensas, con o sin tratamiento farmacológico, una reducción moderada de su ingestión de sal, para no superar los 6g al día, a expensas sobre todo de una disminución en la ingestión de alimentos ricos en sal (p. ej., embutidos, conservas, alimentos precocinados). La preferencia de las personas por el sabor salado tiende a disminuir a los 2 ó 3 meses de la restricción sódica" [26]. El limón, otros condimentos sin sodio y las sales de potasio,

---

25 Marín, F. Apuntes de clases: Metodología de Investigación. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar, Universidad Austral de Chile, 2004

26 A. Martin Zurro; J.F. Cano Pérez. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Quinta Edición. Volumen I. Pág. 780

contraindicadas en los pacientes con insuficiencia renal pueden servir de ayuda en algunos casos.

6.1.2.1.4. Ejercicio físico aeróbico e isotónico.- Moderado y realizado de forma regular, por ejemplo, paseos de unos 30 a 45 minutos, al menos tres veces a la semana ha demostrado ser útil en la disminución de la PA, al mismo tiempo que comporta beneficios adicionales para la salud.

6.1.2.1.5. Otras medidas útiles

- Una dieta rica en frutas y vegetales y pobre en grasas, similar en muchos aspectos a la dieta mediterránea, ha demostrado su efectividad en el descenso tensional. Es beneficioso recomendar una alimentación con estas características por los efectos beneficiosos que presenta en la prevención cardiovascular.

- La adición de suplementos de potasio a la dieta (frutas y verduras) obtienen una moderada reducción de la PA. Se considera que los suplementos de potasio pueden mejorar el control tensional en pacientes con hipocaliemia por diuréticos.

- El consumo de café produce elevación transitoria de la PA, especialmente si se asocia a consumo de tabaco. En cuanto al efecto crónico existen evidencias que aconsejan su consumo moderado (no más de 3 – 4 tazas al día). [27]

6.2. DIABETES

La diabetes mellitus (DM) es un síndrome producido por un déficit absoluto o relativo en la secreción de insulina que, en el caso de la diabetes en el adulto,

[27] BARCELO A. La diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico OPS 2001; 22: 1-3

se le añaden grados variables de resistencia a la acción de la insulina en tejidos periféricos. “El resultado es la aparición de hiperglucemia, alteración de lípidos y glicación de las proteínas. Sin embargo, estas anomalías son sólo una parte del *síndrome diabético,* cuyo curso clínico y pronóstico están determinados por la evolución de sus complicaciones microvasculares (oculares, renales, nerviosas) y macrovasculares, que configurarán la auténtica *enfermedad diabética”* [28]. Según OMS la “diabetes es una afección crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.” [29]

6.2.1. FACTORES DE RIESGO

La predisposición genética desempeña un papel importante, pero precisaría un factor desencadenante. Los diferentes estudios epidemiológicos “reflejan un papel relevante del exceso de peso, consecuencia de cambios en el estilo de vida” [30] (sedentarismo y aumento calórico de la dieta).

6.2.1.1. Edad y sexo.- La prevalencia de la diabetes se incrementa a medida que avanza la edad, con cifras máximas durante la vejez, posiblemente debido a un incremento fisiológico de la resistencia a la insulina no compensada con una adecuada secreción de insulina por una célula β pancreática <<envejecida>>. “Se considera que predomina en el sexo femenino (relación 1,5/1), pero en muchos países no se ha observado ninguna diferencia o incluso la relación es inversa” [31]

6.2.1.2. Factor genético.- La diabetes es una enfermedad con alta penetrancia familiar, y así, existen antecedentes familiares en el 12.7% de los diabéticos, lo que sólo ocurre en el 2% de la

[28] A. Martin Zurro; J.F. Cano Pérez. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Quinta Edición. Volumen I. Capítulo 42. Pág. 846
[29] Concepto de la Organización Mundial de la Salud OMS. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html.
[30] A. Martin Zurro; J.F. Cano Pérez. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Quinta Edición. Volumen I. Pág. Pág., 848
[31] FARRERAS R, medicina interna 15 edición ,editorial sección 10 geriatría págs. 1305-1306

población no diabética. “El riesgo se asocia claramente a los antecedentes en primera línea, de tal forma que, ajustado para la edad y peso, ese riesgo es 2,3 veces mayor si uno de los padres lo es y 3,9 cuando ambos padres lo son.” [32]

6.2.1.3. Obesidad.- Es el factor más estrechamente asociado con el desarrollo de diabetes en el adulto, ya que se ha estimado que el riego atribuible a la obesidad es del 75%. El mayor riesgo se asocia a la obesidad abdominal visceral y es independiente del total de grasa corporal y del IMC (Carey, 2002) [33]

6.2.1.4. Nutrición.- Los países en los que se ha producido una <<occidentalización>> de los hábitos dietéticos (alto consumo de hidratos de carbono simples, grasas saturadas y proteína con disminución de fibra) y un mayor sedentarismo, muestran un aumento ostensible de la prevalencia de la obesidad y diabetes.

6.2.1.5. Ejercicio físico.- El ejercicio físico disminuye la resistencia a la insulina, contribuyendo a mejorar el metabolismo hidrocarbonado. “La práctica de ejercicio de forma regular (de 30 a 45 minutos, de 3 a 5 días/semana) es una medida preventiva, que se ha demostrado capaz de disminuir de forma significativa, independientemente de la pérdida de peso, la aparición de diabetes en mujeres obesas y con antecedentes familiares y también cuando ya existe una tolerancia alterada a la glucosa” [34] (Tuomiletho, 2001: DPP, 2002).

---

32 DÍAZ HOUGHTON. Ángel Antonio. Hábitos y diabetes: relaciones peligrosas artículo Cód. 2007167202. USCO Disponible en libros pdf.

33 Carey V. Walters E., Colditz G. Solomon C. Willett W. Rosner B et al Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. The nurses Health Study. Am J Epidemiol 2002; Cap. 145: Pág. 614 - 619

34 Tuomiletho J, Lindstorm J, Ericksson JG, Valle TT, Hamalainein H, Ilanne – Parikka P et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001; Cap. 334: Pág., 1340 - 1343

6.2.2. CUIDADOS DE LA PERSONA DIABÉTICA

Los objetivos del cuidados a la persona diabética son: 1) eliminar los síntomas clínicos y evitar las hipoglucemias graves y/o frecuentes; 2) reinstaurar el peso normal; 3) lograr la normalidad bioquímica, y 4) prevenir, retardar y aminorar la gravedad de las complicaciones. Para conseguir estos objetivos el tratamiento debe basarse en tres pilares fundamentales: nutrición, ejercicio físico y educación diabetológica.

6.2.2.1. Nutrición.- La alimentación es el elemento más importante del plan terapéutico del diabético. La alimentación es fundamental en el control de la hiperglucemia y para mejorar el perfil lipídico, y es imprescindible en la prevención y tratamiento de las hipoglucemias. Además la alimentación desempeña un importante papel en el control del exceso de peso que presenta más del 80% de los diabéticos. El aumento de la masa grasa contribuye a producir o agravar la resistencia a la insulina, una de las alteraciones implicadas en la patogenia de la diabetes mellitus tipo 2 y dificulta el control de la hiperglucemia. La pérdida de un 5 – 10 % del peso, y su mantenimiento, aunque no se alcance el normopeso, es suficiente para que mejore la resistencia a la insulina. "El efecto de la pérdida de peso en el control glucémico se produce a los 2 – 3 meses, pero antes una dieta hipocalórica consigue mejorar el grado de control." [35]

6.2.2.2. Ejercicio Físico.- Realizar un programa de ejercicio físico es un medio terapéutico imprescindible en el tratamiento de la diabetes tipo 2 y en la prevención de su aparición. (DPP, 2002; Toumiletho, 2001). El ejercicio físico provoca un aumento de captación de glucosa por el musculo, debido al incremento del número de transportadores de glucosa en la

[35] Fundamentos de medicina, Endocrinología Rojas William, Restrepo Jaime; quinta edición Medellín Colombia pág. 230 – 245 editorial norma 2006

célula muscular y al aumento de la sensibilidad y afinidad de los receptores insulínicos para la hormona. Ello contribuye a disminuir los valores de glucemia y a reducir las necesidades de fármacos hipoglucemiantes. El efecto se mantiene con posterioridad a la finalización del ejercicio, debido a que persiste una mayor captación de glucosa por la célula muscular, al objeto de recuperar los depósitos de glucógeno, lo que puede causar la aparición tardía de hipoglucemia. Además la práctica de ejercicio físico contribuye a mantener el peso y mejorar el perfil de riesgo cardiovascular, aumentando los valores de HDL y disminuyendo los de LDL y triglicéridos [36]. Todos estos cambios se ponen en manifiesto en unos 15 días, pero desaparecen rápidamente (2 - 3 días), de ahí la conveniencia de insistir en un programa de ejercicio regular, constante y fácil de adaptar a la forma de vida del diabético.

6.2.2.3. Educación diabetológica.- El diabético, desde el momento del diagnóstico y durante toda su vida, tiene que realizar una tarea compleja y laboriosa de autocuidado de su enfermedad, que precisa de unos conocimientos y adiestramiento específicos. La educación diabetológica es la base que sustenta todas las intervenciones terapéuticas y constituye un instrumento imprescindible para conseguir un control óptimo de todos los factores de riego. La educación es el método fundamental y el más eficaz. Permite establecer una relación mucho más estrecha con el educador, lo que facilita la recogida de información para la adecuación de los contenidos educativos a las necesidades y características del diabético. Los temas dentro del plan recomendado de educación son: 1) qué es la diabetes y síntomas 2) plan de alimentación 3) plan de ejercicio físico 4) cuidado de los pies

[36] Hervas Hernán (2000). En Diabetología para el próximo milenio, pág. 223.

5) importancia de la modificación de malos estilos de vida (p. ej., consumo de tabaco, alcohol).

6.2.2.3.1. Cuidados de los pies

El objetivo del cuidado de los pies es *sensibilizar* al diabético sobre la importancia que tiene el autocuidado y vigilancia en la prevención de complicaciones. Por tanto es importante educar al diabético acerca de los métodos de autocuidado e higiene, recomendado la autoinspección semanal, poniendo especial atención al aspecto de la planta y los espacios interdigitales. Entre los cuidados generales de los pies están:

- Mantener los pies limpios lavándolos diariamente con agua tibia y jabón. Secar bien sin frotar, especialmente entre los dedos, teniendo en cuenta no dejarlos húmedos. Si la piel está seca y escamosa utilizar vaselina, pero no colocar en los espacios interdigitales.
- Mantener las uñas limpias y cortas, recortándolas en sentido horizontal sin apurar en las esquinas, usar mejor lima que tijeras o cortaúñas.
- Llevar bien abrigados los pies, usando calcetines de lana fina o algodón, que cambiará a diario. No usar medias que compriman demasiado.
- Utilizar un calzado flexible, cómodo y bien ajustado. Si es calzado nuevo, su uso debe de ser gradual para evitar rozaduras. No caminar descalzo o con sandalias.

6.3. OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es definida como la reducción de la masa ósea o la presencia de una fractura por fragilidad. La pérdida de tejido óseo produce deterioro de la estructura del esqueleto, y la combinación de ambos aspectos tiene como consecuencia un riesgo incrementado de sufrir fracturas.

6.3.1. FACTORES DE RIESGO

6.3.1.1. Calcio nutricional.- La masa ósea máxima puede resultar trastornada “por la ingestión insuficiente de calcio, entre otros

factores nutricionales (calorías, proteínas, y otros minerales) durante el crecimiento, lo que origina incremento del riesgo de osteoporosis en una etapa ulterior de la vida" [37]

6.3.1.2. Estado estrogénico.- El déficit de estrógenos probablemente provoca la pérdida ósea por dos mecanismos distintos aunque interrelacionados: 1) la activación de nuevos sitios de remodelación ósea, y 2) la exageración del desequilibrio entre la formación y resorción ósea. Los cambios en la frecuencia de activación producen pérdida transitoria de hueso hasta que se alcanza un nuevo estado de equilibrio entre la formación y resorción. "No obstante, el desequilibrio en la remodelación produce disminución permanente de la masa que sólo puede corregirse con una remodelación durante la cual la formación de hueso exceda a la resorción. El estado de deficiencia estrogénico más frecuente es la interrupción de la función ovárica en el momento de la menopausia, que se produce como media a los 51 años de edad." [38] De este modo con la actual esperanza de vida, una mujer normal vivirá alrededor de 30 años sin el aporte ovárico de estrógenos.

6.3.1.3. Actividad física.- La inactividad como el reposo prolongado en cama o la parálisis producen pérdida de masa ósea significativa. Por el contrario, los deportistas tienen una masa ósea mayor que la población general, estos cambios de la masa esquelética son más intensos cuando el estímulo comienza desde el crecimiento y antes de alcanzar la pubertad.

6.3.1.4. Enfermedad crónica.- Varias enfermedades genéticas y adquiridas se asocian con incremento de riesgo de

[37] HARRISON. T. R; Principios de medicina interna; 16 º edición en español; impreso en chile 2006, capítulo 333

[38] D. Figuerola, (2000) Diabetes Mellitus, guía de conocimiento y control. pág. 96-97.

osteoporosis, entre ellas: síndrome de Turner, anorexia nerviosa, síndrome de Cushing, diabetes mellitus 1, acromegalia, desnutrición, cirrosis biliar, artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, escoliosis, esclerosis múltiple, etc. "Los mecanismos que contribuyen a la pérdida de hueso son específicos para cada enfermedad, y habitualmente son la consecuencia de múltiples factores, como la nutrición, reducción de los niveles de actividad física y factores que afectan a las tasas de remodelación ósea" [39]

6.3.1.5. Medicación.- Los glucocorticoides son la causa más frecuente de osteoporosis inducida por la medicación. Con frecuencia no es posible determinar el grado en que la osteoporosis se relaciona con el empleo de glucocorticoides o con otros factores ya que el tratamiento se superpone con los efectos de la enfermedad primaria, que pos sí misma puede asociarse también con pérdida de la masa ósea (p. ej., artritis reumatoide).

6.3.1.6. Tabaquismo.- Cuando se fuma durante mucho tiempo, "los cigarrillos tienen efectos negativos sobre la masa ósea, que pueden estar mediados por la acción tóxica directa sobre los osteoclastos o de forma indirecta modificando el metabolismo de los estrógenos" [40]

6.3.2. CUIDADO DE LA PERSONA CON OSTEOPOROSIS

6.3.2.1. Reducción de factores de riesgo.- Las personas deben ser intensamente instruidas para reducir la probabilidad de cualquier factor de riesgo asociado con la pérdida de masa ósea y las caídas. Es necesario revisar la medicación para asegurarse de que cualquier medicación con glucocorticoides

---

[39] Dieta y ejercicio para controlar el colesterol en la diabetes(2012) disponible, en: http://search.proquest.com

[40] HARRISON. T. R; Principios de medicina interna; 16 º edición en español; impreso en chile 2006, capítulo 333, págs. 2498-2500

esté realmente indicada y se esté administrando en la dosis más baja posible.

La reducción de los factores de riesgo de las caídas incluye también el tratamiento del abuso de alcohol y la revisión de la medicación para detectar cualquier fármaco que pueda producir hipotensión ortostática o sedación, incluidos hipnóticos y ansiolíticos. Si se produce nicturia se reducirá la frecuencia urinaria si es posible (p. ej., disminuyendo o modificando la administración de diuréticos), ya que al levantarse en la noche es un motivo frecuente de caídas.

Es necesario también educar a las personas sobre seguridad ambiental es decir eliminar alambres expuestos, cuerdas de cortina, alfombras resbaladizas y mesas móviles. También evitar andar con calcetines sobre suelos de madera, iluminar adecuadamente la casa, así también es recomendable tratar los problemas de visión ya que estos se asocian directamente con las caídas. Las personas con deterioro neurológico (p. ej., enfermedad de Parkinson, Alzheimer) tienen un riesgo particularmente mayor de caídas y deben siempre ser supervisados por otra persona.

6.3.2.2. Necesidades nutricionales y ejercicio.- Existe un gran número de datos que indican que la ingestión de calcio reduce la pérdida de masa ósea y suprime el recambio de hueso. Los alimentos que sirven como fuente de calcio son los lácteos (leche, yogur, queso).

El ejercicio tiene efectos beneficiosos sobre la función neuromuscular mejorando la coordinación, equilibrio y fuerza, con lo que disminuye el riesgo de experimentar caídas.

6.4. ARTROSIS

La artrosis se define como la degeneración del cartílago articular y las demás alteraciones que se derivan de ella. Se considera que la artrosis es el resultado

de las alteraciones biomecánicas, metabólicas y anatomopatológicas del cartílago hialino subcondral y del hueso yuxtaarticular.

6.4.1. FACTORES DE RIESGO

Diversos estudios epidemiológicos han permitido reconocer los principales factores asociados a la aparición de la artrosis. Algunos de estos factores serían de tipo general y predispondrían a su padecimiento (la edad, el sexo, los factores constitucionales y genéticos, etc.) mientras que otros comportarían como factores de riesgo locales, como resultado de alteraciones en la biomecánica de las articulaciones.

6.4.1.1. Edad.- Diversos datos epidemiológicos confirman una clara relación con la edad. A partir de los 50 a 55 años aumenta de forma importante su frecuencia, en especial en las mujeres.

6.4.1.2. Sexo.- Hasta los 55 años la artrosis es ligeramente más frecuente en el hombre. A partir de esta edad las curvas se cruzan y es más prevalente en las mujeres. Además, el patrón de afectación articular es diferente según el sexo, ya que las mujeres presentan mayor afectación de la articulaciones interfalángicas, la trapeciometacarpiana y las rodillas.

6.4.1.3. Factores mecánicos.- La repetición de movimientos puede llevar a una sobrecarga articular, por lo que en ocasiones determinadas actividades laborales pueden favorecer la aparición de artrosis en algunas articulaciones. También los traumatismos articulares (sobre todo la rodilla) y fracturas favorecerían su aparición.

6.4.1.4. Factores constitucionales.- La obesidad no parece constituir un factor de riesgo por sí sola para la aparición de la artrosis, pero parece tener buena correlación con la

gravedad de ésta sobre todo en determinadas localizaciones como la rodilla o la cadera. El Framingham Osteoarthritis Study encuentra que la obesidad es un factor predictor de la aparición de artrosis 30 años antes de que aparezca.

6.4.1.5. Factores Genéticos.- Se han relacionado sobre todo con algunos tipos de artrosis como la forma nodular de la mano (con presencia de nódulos de Herberden y Bouchard) y la artrosis idiopática precoz.

6.4.2. CUIDADOS DEL PACIENTE ARTRÓSICO

Por las características de esta enfermedad su tratamiento se basa en la Atención Primaria para mitigar los síntomas, disminuir la incapacidad e incluso retrasar su evolución, excepto en aquellas ocasiones en que el padecimiento de la misma hace necesario que la persona reciba atención a nivel especializado.

6.4.2.1. Educación.- Se debe tranquilizar a la persona sobre todo en relación a la evolución de la enfermedad, generalmente benigna. Se debe explicar las características de “desgaste articular” del proceso. Es necesario insistir en que la aparición de una artrosis no significa que vaya a progresar a una invalidez. El curso puede ser retardado si se restablece el equilibrio entre los requerimientos mecánicos articulares y la capacidad funcional de la articulación. La educación sanitaria debe tener como objetivo enseñar al paciente a vivir de acuerdo con sus articulaciones y a evitar sobrecargas, cambiar posturas incorrectas y realizar el ejercicio adecuado.

6.4.2.2. Medidas higiénicas y reposo.- El reposo debe indicarse como primera medida a adoptar frente a episodios de dolor, el reposo nocturno mínimo debe ser de 8 horas y es además recomendable intercalar durante el día periodos de

descanso. La disminución de peso en los obesos es aconsejable ya que mejora los síntomas. En la artrosis de rodilla puede ser muy útil el uso de un bastón para descargar la articulación, y que se debe llevar en el lado contralateral del dolor.

6.4.2.3. Fisioterapia.- El principal objetivo es mejorar el dolor y la capacidad funcional articular.

7. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR

Un hábito de vida saludable ayuda a mantener el cuerpo en forma y la mente alerta. Ayuda a proteger al organismo de enfermedades y a combatirlas así mismo es clave para evitar las enfermedades crónicas degenerativas y que estas empeoren, esto es importante a medida que la persona envejece, un hábito de vida saludable incluye una buena atención médica, buena nutrición, control del peso, recreación y ejercicio regular.

Otra parte de un hábito de vida saludable es estar mentalmente activo y tener participación total. Por ello la calidad de vida influye directamente en el envejecimiento de las personas, logrando prevenir la desnutrición, limitaciones funcionales, y sobre todo las enfermedades crónicas degenerativas.

Por ello al considerar los hábitos de vida como comportamientos que pueden crear o disminuir un riesgo para la salud es vital darle la importancia que merecen, los hábitos saludables están en relación con el hábito de vida de cada persona, su alimentación, consumo de tabaco, alcohol, drogas, la actividad física, etc.; de éstos dependerá en gran cantidad el padecimiento de una u otra patología.

Entre los principales hábitos saludables están:

- Buena **Atención Médica**, es necesario al menos un examen físico anual, sobre todo si existieran síntomas nuevos, es importante el tomar la medicación con un horario establecido, además mantener al día el carne de vacunas (gripe, neumonía, tétanos, etc.); aprovechar los programas de detección de cáncer y demás programas que brinda el Estado

- Una **alimentación saludable,** ayudará a mantener el peso corporal adecuado, ayudando a mantener el buen estado de salud de las personas adultas mayores, ya que el sobrepeso o la obesidad están asociados con un mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares; de la misma forma el mantener un bajo peso también constituye un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional. Ambas condiciones ya sea sobrepeso o bajo peso pueden considerarse como factor de riesgo ya que afectan al sistema inmunológico lo que los hace más vulnerables a padecer diferentes enfermedades. La comida diaria deberá contener frutas, vegetales, legumbres, fibra, cereales, productos lácteos, carnes blancas de preferencia; se deben evitar los alimentos con alto contenido de azúcar y los de alto contenido graso.

- La **recreación** no se limita a eventos deportivos y grupales, incluye todas las actividades de relajación, interés, esparcimiento y ejercicio. La recreación prevé una salida para la energía física, mental y social. Puede dar una sensación de dignidad y realización, puede ayudar a la persona mayor a mantenerse joven de corazón mientras envejece.

- La **actividad física**, que se constituye en la clave de un envejecimiento saludable, ya que ayuda a disminuir la probabilidad de desarrollar obesidad, hipertensión arterial, osteoporosis, diabetes, depresión, etc., El tipo de actividad física (caminar, nadar, bailar, etc.) dependerá del estado de cada persona, pero se recomienda que sea de por lo menos 30 minutos y al menos 5 días a la semana, debe realizarse de forma continua y regular.

- La **Seguridad Personal**, también es importante mantener su casa bien iluminada tanto adentro como afuera, evitar tapetes que pueden ocasionar accidentes, que los pisos no estén resbalosos, adecuar las bañeras o duchas.

- No consumir **alcohol y tabaco**, ya que el consumo de estas sustancias se ve relacionado con la causa de enfermedad y muerte con mayor probabilidad de prevención en los adultos, ya que el tabaco y alcohol potencian la posibilidad de sufrir de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, etc.

5. METODOLOGÍA

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio que se desarrolló fue de método descriptivo y cuantitativo, en el que se enfatiza los hábitos de vida de de las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba, que conforman la Asociación de Adultos Mayores Vilcabamba en el periodo septiembre 2012 – marzo 2013.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es descriptivo porque se describe los hábitos de vida de los adultos mayores de la parroquia de Vilcabamba y analizar la relación con las enfermedades crónicas degenerativas.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por 326 personas adultas mayores residentes en la Parroquia de Vilcabamba.

La muestra fueron 80 personas los cuáles se dividieron en 40 hombres y 40 mujeres residentes en la parroquia de Vilcabamba y que forman parte de la Asociación de Adultos Mayores Vilcabamba.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión.- Las personas adultas mayores dispuestas a colaborar con la investigación y cuyas edades fluctúen entre los 65 años a más.

Exclusión.- Las personas adultas mayores que no deseen colaborar con la investigación.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas de investigación que se utilizó fue la entrevista que se desarrolló con los adultos mayores y así se conoció sus hábitos de vida y sus enfermedades crónicos-degenerativos.

PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de los datos se realizó con el programa Microsoft Excel 2010. El análisis e interpretación de los datos se realizará por medio de frecuencias y se presentará en tablas estadísticas.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos fue realizada por la autora, en base a la entrevista que duro de quince a veinte minutos por individuo estudiado, la misma que se documentó en formularios validados en los que constan las variables a ser estudiadas.

Para la ejecución del trabajo se utilizó un formulario basado en preguntas de opción múltiple con un lenguaje claro y conciso, el mismo que se aplicó a los adultos mayores con Enfermedades Crónico Degenerativas residentes en la Parroquia de Vilcabamba, durante el periodo de septiembre 2012 a marzo 2013. La entrevista aplicada duro aproximadamente de 15 a 20 minutos con su debido consentimiento. La información recopilada fue analizada y presentada en cuadros, gráficos, estadísticos.

ASPECTOS ÉTICOS

Considerando la importancia que tiene este estudio de forma oportuna se solicitó el consentimiento informado a quienes fueron entrevistados; la información obtenida será utilizada protegiendo la identidad de las personas adultas mayores, la confidencialidad y la privacidad a la que tiene derecho.

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla Nº 1

Frecuencia de enfermedades crónicas degenerativas de las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba, según sexo

Personas Adultas Mayores	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Hipertensos	16	40	20	50	36	45
Diabéticos	10	25	9	23	19	24
Osteoporosis	9	23	6	15	15	19
Artrosis	5	13	5	13	10	13
TOTAL	**40**	**100**	**40**	**100**	**80**	**100**

Fuente: Perfil Epidemiológico de las personas adultas investigadas, 2012

Elaboración: Mabel A. Enríquez Naula. Estudiante de Enfermería - UNL

ANÁLISIS

Se puede observar que del total de pacientes entrevistados la hipertensión arterial tiene el mayor porcentaje con un 45% y persiste en ambos sexos, la diabetes tiene un porcentaje menor del 24% aunque igual de significativo. Las enfermedades crónicas degenerativas, son padecimientos regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento. De este grupo cabe resaltar las más importantes y que son un problema de salud pública como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y las Enfermedades Reumáticas.

Existen otros factores asociados a ellos como son edad, el exceso de peso, factores hereditarios, hábitos nocivos que atentan contra su salud. Estos padecimientos pueden estar presentes sin que la persona que los tiene pueda sentir alguna molestia o síntoma, de ahí que se recomienda que en las personas con riesgo como personas con sobrepeso, antecedentes familiares con estas enfermedades, etc., se realicen por lo menos una o dos veces al año un examen de detección de las dos primeras enfermedades, en las unidades médicas del Sector Salud que incluyen instituciones públicas y privadas mediante los programas de Detección Oportuna.

Tabla Nº 2

Frecuencia con que realizan ejercicio físico las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba

Ejercicio Físico	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Camina	11	28	7	18	18	23
Realiza ejercicio al menos una vez a la semana	6	15	18	45	24	30
Realiza ejercicio físico cada quince días	3	8	6	15	9	11
No hace ejercicio	20	50	9	23	29	36
TOTAL	**40**	**100**	**40**	**100**	**80**	**100**

Fuente: Entrevista a las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba, 2012 - 2013
Elaboración: Mabel A. Enríquez Naula. Estudiante de Enfermería - UNL

ANÁLISIS

El ejercicio físico durante la tercera edad es de vital importancia ya que ayuda a reducir las tasas de morbimortalidad , en base a los resultados obtenidos el 36% de los entrevistados refieren no hacer ejercicio físico, el segundo mayor porcentaje con un 30% dicen realizar ejercicio físico al menos una vez por semana lo que se constituye en un factor protector porque previene la inmovilidad que tiende a ser un problema para los adultos mayores y en menor porcentaje con el 23% y 11% de los entrevistados dicen realizar caminata y ejercicio físico al menos cada quince días respectivamente, la importancia del ejercicio físico realizado de forma continua, organizada y bajo control médico, está en que ayuda a disminuir el riesgo de la pérdida de funcionalidad ósea además de que previene diferentes complicaciones propias de las enfermedades crónicas degenerativas.

Tabla Nº 3

Distribución de la frecuencia con la que se alimentan las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba

Cuantas veces se alimenta en el día	f	%
Una	0	0
Dos o tres	80	100
ninguna	0	0
TOTAL	**80**	**100**

Fuente: Entrevista a las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba, 2012 - 2013
Elaboración: Mabel A. Enríquez Naula. Estudiante de Enfermería – UNL

ANÁLISIS

En las personas adultas mayores es de vital importancia los hábitos alimenticios ya que por lo general son inadecuados al haber sido adquiridos en una época en la que el organismo tenía otras demandas energéticas, mientras que al transcurrir los años el metabolismo de las personas adultas mayores se vuelve más lento, por lo que las necesidades alimentarias deberán cambiar a un modo saludable que les permita evitar la obesidad, disminuir el riesgo de complicaciones futuras propias de las enfermedades crónicas degenerativas, para ello la dieta de este grupo debe suplir las necesidades de proteínas, vitaminas y minerales y disminuir la ingestión de hidratos de carbono y, en particular, la de grasas, dulces y toda clase de frituras.

Es importante resaltar que dentro del grupo de estudio hay un mayor número de personas adultas mayores que si satisfacen esta necesidad al comer tres veces al día con una dieta conformada con los principales grupos de comida y en casos especiales siguen su dieta según indicaciones de su médico. Según el régimen de alimentación de los pacientes el 100% se alimenta dos a tres veces por día de acuerdo a sus hábitos alimenticios.

Tabla Nº 4

Distribución de la frecuencia del consumo de alcohol y tabaco en las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba

Consumo de Alcohol y Tabaco	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alcohol	2	50	28	56	30	56
Tabaco	2	50	22	44	24	44
TOTAL	4	100	50	100	54	100

Fuente: Entrevista a las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba, 2012 - 2013
Elaboración: Mabel A. Enríquez Naula. Estudiante de Enfermería - UNL

ANÁLISIS

El 56% de entrevistados dicen haber consumido alcohol y en un menor porcentaje del 44% dicen haber consumido tabaco, vale recalcar que la población que ha consumido tanto tabaco como alcohol son los hombres. De acuerdo a la literatura médica es importante recordar que el consumo de alcohol favorece problemas de circulación, de hipertensión arterial, y diversas enfermedades del sistema circulatorio. Así mismo el tabaco es uno de los más grandes enemigos del sistema circulatorio, favoreciendo diferentes enfermedades vasculares.

Tabla Nº 5

Distribución de la frecuencia del consumo de alcohol en las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba

Consumo de alcohol	Mujeres		Hombres		Total	
	F	%	f	%	f	%
Todos los días	0	0	2	6	2	3
Tres días por semana	0	0	2	6	2	3
Fines de semana	0	0	22	71	22	37
Cada Quince días	3	11	3	10	6	10
No consume	25	89	2	6	27	46
TOTAL	28	100	31	100	59	100

Fuente: Entrevista a las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba, 2012 - 2013
Elaboración: Mabel A. Enríquez Naula. Estudiante de Enfermería - UNL

ANÁLISIS

La prevalencia del consumo de alcohol en mayores de 65 años es de aproximadamente el 5.3%. Los adultos mayores tienen mayor vulnerabilidad a los efectos nocivos del alcohol. Ciertas enfermedades frecuentes en la tercera edad, como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, empeoran con el consumo de alcohol y muchas medicinas que toman estos pacientes pueden provocar graves efectos adversos si se toman junto a bebidas alcohólicas. Soledad, problemas económicos, asilamiento, abandono, carencia de apoyo familiar, enfermedad orgánica grave, dolor físico, trastornos psiquiátricos, insomnio son factores que llevan a beber más alcohol. Es este trabajo investigativo se observó que el 89% de mujeres entrevistadas no consumen alcohol mientras que el 71% de los hombres si consume.

Tabla Nº 6

Frecuencia del consumo de tabaco en las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba

Unidades de Cigarrillo	Mujeres		Hombres		Total	
	F	%	f	%	f	%
Muy rara vez	3	100	2	7	5	16
1 al día	0	0	3	11	3	10
2 a 4 al día	0	0	8	29	8	26
Más de 4 por día	0	0	15	54	15	48
TOTAL	3	100	28	100	31	100

Fuente: Entrevista a las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba, 2012 - 2013
Elaboración: Mabel A. Enríquez Naula. Estudiante de Enfermería - UNL

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos la mayor parte de las mujeres encuestadas representadas con un 100% dicen haber fumado muy rara vez. Al contrario la mayor parte de los hombres encuestados representados con el 54% refieren haber consumido más de 4 unidades de cigarrillo al día y en un menor porcentaje con el 7% dicen haber fumado muy rara vez

El hábito de fumar tabaco se asocia directamente al aumento de tensión arterial, ya que inmediatamente luego de fumar un tabaco, por efecto de la nicotina, aumentan en el organismo los niveles de catecolaminas que provocan contracción de los vasos sanguíneos. Como consecuencia, es necesaria más fuerza para que la sangre se mueva por conductos más estrechos y así se elevan las cifras de presión arterial. “El tabaquismo incrementa la severidad y frecuencia de las complicaciones micro y macro vasculares de los pacientes con diabetes. Fumar aumenta la resistencia a la insulina, empeora el control de la diabetes mellitus, e inclusive puede inducir la enfermedad” [41]

[41] Arvanitakis A, Bienias J, Evans D, Bennett D. Diabetes mellitus and riskof Alzheimer disease and decline in cognitive function. Arch Neurol. 2007; 61:661:666. Fecha de Consulta: 04-marzo.2013. Disponible en http//www.medigraphic.com/pdfs/iner/in072i.pdf.

Tabla Nº 7

Distribución según frecuencia de asistencia a control médico

Frecuencia que visita al medico	f	%
Semanal	2	3
Mensual	9	11
Trimestral	6	8
Semestral	5	6
Anual	3	4
Presentan síntomas	55	69
Total	**80**	**100**

Fuente: Entrevista a las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba, 2012 - 2013
Elaboración: Mabel A. Enríquez Naula. Estudiante de Enfermería - UNL

ANÁLISIS

Asistir a controles médicos es importante para llevar una vida sana y poder prevenir enfermedades y complicaciones, para las personas adultas mayores es aún más importante y lo ideal sería que asistan al menos una vez al mes y no solo al presentar síntomas. Según los datos obtenidos en esta investigación se observa que el mayor porcentaje de personas adultas mayores representadas por el 69% solo asisten al médico al presentar síntomas constituyéndose de esta manera un factor de riesgo si consideramos el deterioro funcional o patológico del órgano.

De acuerdo a la literatura lo necesario es la concientización a la población acerca de las diferentes enfermedades crónico degenerativas es importante, y al asistir constantemente a los controles médicos estas patologías pudieran ser detectadas y tratadas a tiempo disminuyendo altamente el grado de morbilidad y en muchos casos complicaciones irreversibles.

7. DISCUSIÓN

El envejecimiento es un fenómeno que afecta a todos y en esta etapa la persona tiene una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades crónicas y como consecuencia final presentar un mayor riesgo de complicación de las mismas y muerte. Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. En nuestro país según datos del INEC la proyección de adultos mayores que comprenden las edades entre 60 años a mayores de 80 años para el 2009 es de 1.235.704 habitantes que corresponde al 8.83% de la población total del país, la proyección parar el 2010 de adultos mayores que comprenden las edades entre 60 años a mayores de 80 años es de 1.282.774 que corresponde al 9.03% nos representa a un crecimiento de 0.20% anual que para nuestra población general es un gran crecimiento en un grupo determinado de edad. [42]

La brevedad con la que se detectan enfermedades crónicas degenerativas y complicaciones en las personas adultas mayores se ha convertido en un problema de Salud Pública, debido a la adopción de hábitos poco saludables que atentan contra la salud, como la falta de ejercicio, alimentación deficiente[43]. La OMS (2011) en un boletín de salud establece que las enfermedades crónicas degenerativas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, la salud del adulto mayor está estrechamente ligada a la calidad de vida y se estima que uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica.

Actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En 2002, representaban 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total. La epidemiología a nivel mundial, tanto en Europa como en los EEUU, muestra que hay un incremento en la prevalencia

[42] Datos estadísticos disponibles en: www.inec.gog.ec
[43] Agenda de igualdad adultos mayores, MIES, 2012 – 2013. Segunda Edición. Pág. 48

de las ECV, sobre todo en mujeres, y que ese aumento se relaciona con los grupos de mayor edad**.** **[44]**

En Colombia las enfermedades crónicas en el adulto mayor y algunos factores de riesgo asociados con hábitos de vida ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 [45] (según el DANE) la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62,6%.

Este estudio investigativo realizado en las personas adultas mayores de la parroquia de Vilcabamba determinó que las enfermedades crónicas degenerativas presentes en las personas de 65 años a más fueron hipertensión arterial con un 45%, diabetes 24%, y un 19% y 13% de osteoporosis y artrosis respectivamente. Los resultados de este trabajo coinciden con los realizados por otros autores, como *Kannel*, que plantea la edad como el principal factor de riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas. [46] Los resultados obtenidos también tienen relación con los de la Encuesta SABE – ECUADOR 2010 en la que se determinó que a nivel nacional el 46% de personas adultas mayores padece hipertensión arterial, el 13% diabetes, el 32% artrosis, y el 20% osteoporosis. [47]

A etapa del envejecimiento implica la pérdida de fuerza y del estado físico, pero esto no debería ser así. La fragilidad y la pérdida de la capacidad de funcionamiento físico, como es el caminar largas distancias, subir escaleras, llevar compras de mercado, se produce en parte debido a la inactividad. La actividad física disminuye los riesgos de contraer diabetes, hipertensión arterial, etc., y mejora la habilidad de funcionar y mantenerse independiente, por ello, el invertir diariamente, una pequeña cantidad del tiempo en actividad física garantiza un mejor estado de salud.

---

44 Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez C. Prevalencia de la obesidad en España. Medicina Clinica (Barc) 2004

45 TORRES. Y, et. Al. Diagnóstico del riesgo cardiovascular global. Evaluación de su impacto poblacional Medellín y sus corregimientos 2007 – 2008. Revista Salud Pública de Medellín. Volumen 5, enero – junio 2011; Pág. 62

46 Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. JAMA. 2002.

47 ENCUESTA NACIONAL SABE – ECUADOR. Capítulo 6. Estado general de Salud. Pág. 122

Un estudio realizado en Estados Unidos (McGinnis and Fooge, 1993) [48], estimó que el 14% de todas las muertes estaba vinculadas a la inactividad y la mala alimentación. En los datos obtenidos por la ENCUESTA NACIONAL SABE – ECUADOR 2010 [49], se determinó que los hombres practican más actividad física que las mujeres, pero en ambos sexos la proporción de adultos mayores que practica actividad física de forma continua es muy baja con la edad. Teniendo relación con los datos obtenidos en esta investigación ya que del grupo investigado un 36% no realizan ejercicio físico, datos que se asemejan con un estudio realizado en Colombia en el 2008 que determinó que más del 50% de la población adulta mayor no realizaba ningún tipo de ejercicio físico [50]. Así también un 30% de la población investigada dicen realizar ejercicio físico al menos una vez por semana lo que se constituye en un factor protector porque previene la inmovilidad que tiende a ser un problema para los adultos mayores y en menor porcentaje con el 23% y 11% de los entrevistados dicen realizar caminata y ejercicio físico al menos cada quince días respectivamente.

El alcohol y el cigarrillo son los principales factores de riesgo de muchas enfermedades, incluyendo las crónico degenerativas, en la población adulta mayor puede tener un gran impacto, la encuesta SABE I Ecuador encontró que los hombres fuman más que las mujeres, y que el 50% de mujeres indico que nunca había fumado, a diferencia de los hombres quienes en gran porcentaje fuman desde edades tempranas y cuyo consumo seria de aproximadamente 13 cigarrillos día.[51] Con respecto al consumo de alcohol y tabaco el 56% de personas del sexo masculino dicen haber consumido alcohol de forma concurrente y en un 44% consumieron tabaco, lo que propicia a enfermedades del sistema circulatorio, favoreciendo diferentes enfermedades vasculares, en este caso la hipertensión arterial con un 53%, en el grupo femenino los datos son considerablemente menores con respecto al consumo de alcohol y tabaco.

---

48 McGinnis Jm, Foege. WH. Actual Causes of death in the United State 1993.

49 ENCUESTA NACIONAL SABE – ECUADOR. Capítulo 7. Estilos de vida y nutrición. Pag. 146

50 Alayón, A. Mosquera, M,. Adherencia al tratamiento basado en comportamiento en pacientes de Cartagena de Indias, Colombia 2008. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php

51 ENCUESTA NACIONAL SABE – ECUADOR. Capítulo 7. Estilos de vida y nutrición. Pag. 140 - 145

De toda la población investigada la mayoría con un 69% no asisten a controles médicos frecuentes, sino solo ante alguna complicación de la salud, desde allí la importancia de los controles médicos frecuentes siendo estos importantes al momento de la detección y tratamiento oportuno logrando evitar así diversas complicaciones, algunas de ellas irreversibles.

En un estudio realizado por la Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas que analizó los hábitos de vida en las personas adultas mayores y la relación con problemas crónico degenerativos se determinó que del total de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso [52] la mayor parte de personas adultas mayores estaban expuestas a factores de riesgo como falta de información acerca de enfermedades crónico degenerativas, poca asistencia de los adultos mayores a controles médicos, alimentación inadecuada, consumo de alcohol y cigarrillo, poco desarrollo de actividades físicas, etc., los mismos que pueden mejorar o disminuir complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas.

Finalmente se concluye que los patrones de consumo y los hábitos de vida llevan a la población a tener una transición de riesgos, estos riesgos están asociados a inactividad física, consumo de alcohol y tabaco, etc., [53] y estos factores contribuyen a la prevalencia de diferentes enfermedades crónicas.

---

[52] Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas, Tesis sobre Problemas crónico degenerativos de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso – 2010, Autora: Tatiana Arce

[53] Torres Egea MP, Noriega Borge MJ. Temas de Enfermería Gerontológica. España. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2002; p187

8. CONCLUSIONES

Luego de haber realizado este trabajo investigativo, puedo concluir que:

- Al indagar sobre los hábitos que tuvieron las personas adultas mayores antes de enfermar, es notorio que estuvieron expuestos a factores de riesgo como la falta de actividad física, el consumo de tabaco y una dieta poco saludable con ingesta de alimentos hipercalóricos, escasos en vitaminas minerales y otros micronutrientes, lo mismos que son factores desencadenantes propicios para que estas personas pudieran presentar cambios fisiológicos que los llevarían a padecer de una o varias enfermedades crónico degenerativas sin importar su condición social o económica.

- Las enfermedades crónico degenerativas de mayor prevalencia en esta población adulta mayor son la Hipertensión Arterial y la Diabetes, las que afectan a los adultos mayores en la Parroquia de Vilcabamba, las mismas que tienen implicación en todos los niveles social, económico, familiar, e individual, y representan una carga económica, al menos el 80% de estas enfermedades pudieran ser evitadas mediante la adopción de hábitos de alimentación y actividad física más saludables.

9. RECOMENDACIONES

Al culminar el presente trabajo investigativo se recomienda:

- Al culminar este estudio queda demostrado una vez más la necesidad de enfrentar las condiciones de salud y de sensibilizar a los profesionales de la salud, acerca del papel importante que tienen frente a la comunidad para lograr el empoderamiento de programas de prevención y protección de la salud para contribuir al bienestar de todos los habitantes, creando programas multidisciplinarios que permitan enfrentar los factores de riesgo de las enfermedades crónico degenerativas, por ello es necesario intervenir con recomendaciones y técnicas enfocadas en la educación, ejercicio físico y chequeo médico, que permitan que esta población adopte hábitos saludables, lo que aumentará sus probabilidades de disfrutar una vejez con calidad de vida.

- Se recomienda que el Ministerio de Salud incremente esfuerzos por fomentar acciones que proporcionen orientación y fomenten hábitos positivos de alimentación para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas.

- Se recomienda que la Universidad Nacional de Loja desarrolle actividades educativas que brinden a la comunidad medidas preventivas que permitan que el individuo sea capaz de reducir los factores de riesgo y mejorar los hábitos de vida saludables que puedan contribuir a la mejora de calidad de vida de la población.

- Coordinar e implementar con las autoridades pertinentes la ejecución de actividades que permitan que la población adulta mayor se beneficie del marco de la política nacional e internacional del “Envejecimiento Activo”, lo que permitirá un envejecimiento saludable en esta población.

10.
PLAN DE INTERVENCIÓN

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

METODOLOGÍA

1. **DATOS INFORMATIVOS**
   - **1.1. Nombre de la Institución:** Asociación de adultos mayores Vilcabamba
   - **1.2. Ubicación:** Parroquia Vilcabamba
   - **1.3. Fechas tentativas de aplicación**
     - **Sábado 9 de Marzo del 2013**
       - **Actividad:** Charla Educativa
       - **Responsable:** Srta. Mabel Enríquez
       - **Materiales:** Libros, revistas, documentos pdf.., con información requerida para la charla
       - **Duración:** 1 hora
       - **Beneficiarios:** Personas adultas mayores de la "Asociación de adultos mayores Vilcabamba"
     - **Sábado 16 de Marzo del 2013**
       - **Actividad:** Chequeo Médico General y Charla de posconsulta
       - **Colaboración:** Lenin Albán Ortega, Médico general del Centro de Salud Nº4 de Catamayo.
       - **Responsables:**
         - Md. Lenin Albán Ortega
         - Srta. Mabel Enríquez
       - **Materiales:** Balanza, Tensiómetro, Fonendoscopio, Cinta métrica, set de diagnóstico. glucotest, tirillas, baja lenguas, torundas.
       - **Duración:** 8 horas
       - **Beneficiarios:** Personas adultas mayores de la "Asociación de adultos mayores Vilcabamba"
     - **Sábado 23 de Marzo del 2013**
       - **Actividad:** Jornada de Ejercicio, físico y bailoterapia.
       - **Colaboración:** Diego Juca, Instructor de baile del programa "**ECUADOR EJERCITATE Y VIVE SANO"** impulsado por el Ministerio del Deporte.
       - **Responsables:**

- Instructor Diego Juca
- Srta. Mabel Enríquez

- **Materiales:** Grabadora, memoria USB.
- **Duración:** 1 hora
- **Beneficiarios:** Personas adultas mayores de la "Asociación de adultos mayores Vilcabamba"

1.4. ECONÓMICOS

- Responsable del Programa

2. PROBLEMÁTICA

En la actualidad uno de los temas prioritarios de salud pública a nivel mundial son las Enfermedades Crónico Degenerativas, y por su tendencia futura su estudio se convierte en algo trascendental, no solo por la magnitud de estas sino también porque afectan en gran medida a la población en edad reproductiva

Dentro de los escenarios propicios para el incremento de estas enfermedades están los hábitos no saludables de la población como la falta de actividad física, el sedentario, el consumo de tabaco, alcohol y una dieta poco saludable con ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, y escasa de vitaminas, minerales y otros micronutrientes, todos estos "factores modificables" han propiciado que las personas, presenten cambios fisiológicos propicios para padecer una o varias enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes, hipertensión arterial, etc., siendo estas dos patologías las más frecuentes en la población.

Estas enfermedades tienen gran importancia a nivel social ya que debido a su larga duración y gran número de discapacidades que pueden originar demandan una gran carga económica derivando grandes costos para su asistencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen más de 180 millones de personas con diabetes en todo el mundo y que 80% de las muertes

por diabetes se registran en países de ingresos bajos o medios; se prevé que entre 2006 y 2015 las muertes por diabetes aumenten en más de 80% en los países de ingresos medios altos.

La hipertensión arterial es una “enfermedad “silenciosa”, y afecta a más de un millón de personas a nivel mundial, siendo responsable de más de 7 millones de muertes por año”[54], y su incidencia aumenta con la edad. A nivel nacional, según los datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), en todo el país fueron registrados “25.894 casos notificados de Diabetes Mellitus y 67.570 casos de Hipertensión Arterial. Para el año 2009 estas cifras ascendieron notablemente siendo 68.355 en la Diabetes Mellitus y 151.821 casos de Hipertensión Arterial”[55].

Los adultos mayores de Vilcabamba no están lejos de esta realidad y las alteraciones funcionales de ellos, reflejan el incremento de un grupo etáreo con limitaciones para la vida y la función[56]. Los hábitos de vida poco saludables, el aumento de la expectativa de vida, la transición epidemiológica y los cambios en el sistema de salud, se protagonizan en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas, especialmente en países en desarrollo como el Ecuador, las cuales son consideradas problemas de salud pública por su magnitud y trascendencia, la vulnerabilidad a complicaciones y por la dependencia funcional generada.[57]

Por esta razón es necesario que como parte del personal de salud brindemos una propuesta de intervención dirigida a las personas adultas mayores que conforman la Asociación de Adultos Mayores Vilcabamba, cuyo propósito será brindar información preventiva mediante un proceso educativo encaminado servir de guía y orientación a los adultos mayores para mantenerse sanos, activos y que puedan desarrollar una vida agradable y placentera.

---

[54] Revista médica de Chile 2009, 137:39-45 Blood pressure and family history of hypertension in children from Santiago Chile. Fecha de consulta: 02/03/2013. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos19/hipertension-arterial/hipertensionarterial.shtml#EPIDEMIOL.

[55] Aguilar, E. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Fecha de consulta: 02/03/2013. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/20876528/Diez-Principales-Causas-de-Ecuador-a-F1o-2007

[56] Torres Egea MP, Noriega Borge MJ. Temas de Enfermería Gerontológica. España. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2002; p187

[57] Magdalena Hernández Ramírez, Clara Arlina Juárez Flores, Revista Mexicana de Desarrollo Científico. “Enfermedades Crónicas Degenerativas y el Envejecimiento”: Colapso de la Enfermería. Vol. 17. N° 7

3. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas degenerativas de forma especial la hipertensión arterial y la Diabetes, son enfermedades que interfieren en el desarrollo normal de las actividades de la persona que las padece, y actualmente constituyen un grave problema de salud, y representan las primeras causas de muerte a nivel mundial. Y al constatar esta realidad en las Personas Adultas Mayores de la Parroquia de Vilcabamba es importante el dar a conocer buenos hábitos de alimentación y actividad física más saludables que les permitan mejorar su estilo de vida.

Ante la realidad de esta población es necesario intervenir con recomendaciones y técnicas enfocadas en la educación, ejercicio físico y chequeo médico, que permitan que esta población adopte hábitos saludables, lo que aumentará sus probabilidades de disfrutar una vejez con calidad de vida, por ello la necesidad de enfrentar las condiciones de salud y de sensibilizar a los profesionales de la salud, acerca del papel importante que tienen frente a la comunidad para lograr el empoderamiento de programas de prevención y protección de la salud para contribuir al bienestar de todos los habitantes, creando programas multidisciplinarios que permitan enfrentar los factores de riesgo de las enfermedades crónico degenerativas.

El objetivo es volver el envejecimiento en una experiencia positiva para que el adulto mayor sea independiente, autónomo y tenga una buena calidad de vida. Para lograr esto es necesario su participación, buscar oportunidades para aprender y educarse en estos temas.

4. OBJETIVOS

4.1. General

- Brindar información relacionada con la preservación de la salud y aportar recomendaciones que contribuyan a promover hábitos de vida saludables en las personas adultas mayores de la Parroquia de Vilcabamba.

4.2. Específicos

- Dar información práctica, sencilla y clara sobre diferentes aspectos relacionados con las enfermedades crónicas degenerativas y el envejecimiento.

- Conocer la situación actual de salud de la Asociación De Personas Adultas Mayores Vilcabamba, para poder aportar conocimientos y recomendaciones que permitan mejorar el hábito de vida de las personas que padecen las enfermedades crónicas degenerativas más comunes en esta población.

- Promover la práctica de ejercicio físico en la Asociación De Personas Adultas Mayores Vilcabamba.

5. ESTRATEGIAS OPERATIVAS

6. RECURSOS

6.1. INTELECTUAL HUMANO

6.1.1. Responsable

- Srta. Mabel A. Enríquez Naula, Estudiante del 8vo Módulo de la Carrera de Enfermería

6.1.2. Colaboraciones

- Md. Lenin M. Albán, Médico General del Subcentro de Salud de Catamayo
- Lic. Diego F. Juca, Instructor de Baile.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	
1) PLANIFICACIÓN	**1.** Selección de actividades a desarrollar **2.** Selección de contenidos teóricos para la Charla Educativa. **3.** Desarrollo de los contenidos y reunión del material y equipo necesario **4.** Planificación de fechas para ejecutar cada actividad con la Doctora Katherine García, Coordinadora del Proyecto de la Asociación de Adultos Mayores Vilcabamba **5.** Coordinación con el equipo de apoyo para ejecutar las diferentes actividades **a.** Chequeo Médico a cargo del Md. Lenin Albán, y posconsulta a cargo de la Srta. Mabel Enríquez. **b.** Sesión de ejercicio físico y bailoterapia a cargo del Instructor Diego Juca, charla sobre la importancia del ejercicio físico a cargo de la Srta. Mabel Enríquez.

2) EJECUCIÓN

INTERVENCIÓN	TÉCNICA	DÍA Y HORA	RESPONSABLE	GRUPO
Charla Educativa	▪ Charla educativa, conversatorio	▪ Sábado 9 de marzo del 2013	▪ Srta. Mabel Enríquez N.	▪ Asociación Adultos Mayores Vilcabamba
Chequeo Médico General y charla pos consulta	▪ Recolectar datos generales de la persona adulta mayor (nombre, edad, sexo), constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), Medidas antropométricas (peso, talla). ▪ Entrevista con la persona adulta mayor sobre hábitos (tabaco, alcohol, ejercicio físico, alimentación, etc.). ▪ Valoración médica ▪ Posconsulta.	▪ Sábado 16 de marzo del 2013	▪ Srta. Mabel Enríquez N. ▪ **Colaboración**: Md. Lenin Albán Ortega	▪ Asociación Adultos Mayores Vilcabamba
Sesión de ejercicio físico y Bailoterapia, y charla educativa	▪ Ejercicios de calentamiento físico ▪ Ejercicios de estiramiento ▪ Bailoterapia ▪ Ejercicios de relajamiento. ▪ Entrega de refrigerio	Sábado 23 de marzo del 2013	▪ Srta. Mabel Enríquez N. ▪ **Colaboración**: Instructor de baile Diego Juca	▪ Asociación Adultos Mayores Vilcabamba

11. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. AMIR 2009 edición Barcelona tema 11 hipertensión arterial. Editorial marban.
2. A. Martin Zurro; J.F. Cano Pérez. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Quinta Edición. Volumen I.
3. BARCELO A. La diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico OPS 2001
4. Clemente Sáenz Orellana, Diabetología para el Próximo Milenio, Primera Edición, Quito Ecuador 2000, Editorial Orellana Robalino, Capítulo 8 y12.
5. DÍAZ HOUGHTON. Ángel Antonio. Hábitos y diabetes: relaciones peligrosas artículo Cód. 2007167202.
6. FARRERAS R, medicina interna 15 edición ,editorial sección 10 geriatría
7. Fundamentos de medicina, Endocrinología Rojas William, Restrepo Jaime; quinta edición Medellín Colombia pág. Editorial norma 2006
8. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez C. Prevalencia de la obesidad en España. Medicina clínica (Barc) 2004
9. GUYTON HALL; Tratado de fisiología medica; 10ª edición; editorial offset; impreso en méxico julio 2001
10. HARRISON T. R; principios de medicina interna; 16 º edición, editorial –in-chief, ediciones 1, 2, 3,4 y 5 en español; impreso en chile 2006.
11. Hervas Hernán (2000). En Diabetología para el próximo milenio.
12. Magdalena Hernández Ramírez, Clara Arlina Juárez Flores, Revista Mexicana de Desarrollo Científico. “Enfermedades Crónicas Degenerativas y el Envejecimiento”: Colapso de la Enfermería. Vol. 17. N°
13. MIES 1ª ed. (2010) Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE – Ecuador
14. Organización Panamericana de la Salud – OPS (2011). La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Segunda edición. Estados Unidos.
15. Torres Egea MP, Noriega Borge MJ. Temas de Enfermería Gerontológica. España. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2002
16. TORRES. Y, et. Al. Diagnóstico del riesgo cardiovascular global. Evaluación de su impacto poblacional Medellín y sus corregimientos 2007 – 2008. Revista Salud Pública de Medellín. Volumen 5, enero – junio 2011.

Fuentes publicadas

1. Alayón, A. Mosquera, M,. Adherencia al tratamiento basado en comportamiento en pacientes de Cartagena de Indias, Colombia 2008. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php
2. Agenda de igualdad adultos mayores, MIES, 2012 – 2013. Segunda Edición.

3. Arvanitakis A, Bienias J, Evans D, Bennett D. Diabetes mellitus and riskof Alzheimer disease and decline in cognitive function. Arch Neurol. 2007. Disponible en http//www.medigraphic.com/pdfs/iner/in072i.pdf

4. Carey V. Walters E., Colditz G. Solomon C. Willett W. Rosner B et al Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. The nurses Health Study. Am J Epidemiol 2002

5. D. Figuerola, (2000) Diabetes Mellitus, guía de conocimiento y control.

6. Dieta y ejercicio para controlar el colesterol en la diabetes. 2012, disponible, en: http://search.proquest.com/docview/1064756674/13CE5A8DFA371B20CDF/4?accountid=36760

7. Guzmán, José Miguel, Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe.

8. León M. Bioquímica Bases para la Actividad Física. La Habana: Deportes; 2004.

9. Marín P. *Envejecimiento saludable.* Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria.

10. Marín, F. Apuntes de clases: Metodología de Investigación. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar, Universidad Austral de Chile, 2004

11. McGinnis Jm, Foege. WH. Actual Causes of death in the United State 1993.

12. MIES, CEPAL, CELADE, MCDS, “Protección social de la Tercera Edad en Ecuador”. 2007.

13. Ministerio de Inclusión Social y Económica MIES. *Agenda de las personas adultas mayores.*

14. Ministerio de Inclusión Económica y Social - DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL GERONTOLÓGICA (2012). Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas Adultas Mayores. Quito – Ecuador.

15. Ministerio de Salud Pública -Dirección de Normalización SNS (2010). Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los adultos mayores. Quito - Ecuador.

16. MSP y OPS (2008). Gúias Clínicas Geronto Geriatricas de Atención Primar de Salud para el Adulto Mayor. Quito Ecuador

17. R. Sánchez, M. Ayala, H. Baglivo, C. Velázquez, G. Burlando, O. kohlmann, et. al. Revista Chilena de Cardiología – Vol. 29 Nº1, 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf.

18. Revista Médica de Chile 2009. Disponible en: www.monografias.com/trabajos19/hipertension-arterial/hipertension-arterial

19. Sociedad Panameña de Cardiología**.** Dr. Baldomero González, Médico Especialista en Cardiología Clínica. La Hipertensión Arterial (2011). Disponible en: http://cardiologiadepanama.org/pacientes/hipertension arterial.

20. Tuomiletho J, Lindstorm J, Ericksson JG, Valle TT, Hamalainein H, Ilanne – Parikka P et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001.

21. Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas,Tesis sobre Problemas crónico degenerativos de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso – 2010, Autora: Tatiana Arce

Páginas web

1. Aranda Pilar (2011), Estilos de vida saludables. Disponible en: *Elisa.bligoo.com/.../estilo-de-vida-saludable.html*

2. Datos estadísticos disponibles en: www.inec.gog.ec

3. Estilos de vida Saludables. Disponible en: www.psicologiacientifica.com

4. Ministerio de Salud Pública. MSP. 2009. Enfermedades crónicas no transmisibles. Disponible en: www.msp.gob.ec/index.php/enfermedades-cronicas-no-ransmitibles/salud-del-adulto-enfermedades-crónicas-no-transmitibles.html.

5. OMS. Prevención de la Diabetes Mellitus. Ginebra: Informe de un Grupo de Estudio 844, 1994. Disponible en http://es.scribd.com/doc/50981715/20/Pie-diabetico

6. OMS Glosario de Promoción de la Salud. disponible en: www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf.

7. Organización Mundial de la Salud OMS. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

8. Organización Mundial de la Salud, (OMS), boletín Enfermedades Crónico degenerativas.

9. World Health Organization Preventing chronic diseases. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s003636342008000500015 8&script=sci_arttext.

12 ANEXOS

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Enfermería

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

a. **Edad en años……**
b. **Sexo…….**
c. **Enfermedad Crónico Degenerativa…….**

ENCUESTA

1. **¿Usted practica algún deporte?**

Si ( ) No ( )

- ¿Cuál?.....
- ¿Con qué frecuencia?.....

2. **¿Cuántas veces se alimenta al día y qué alimentos usted ingiere en su comida diaria?**

- Una ( )
- Dos o tres ( )
- Ninguna ( )

……
……..

3. **¿Usted fuma tabaco?**

Si ( ) No ( )

- ¿Con qué frecuencia?.....
- ¿Cuántas unidades al día? .....

4. **¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?**

Si ( ) No ( )

- ¿Con qué frecuencia?.....

5. **¿Con qué frecuencia asiste al control médico?**

- Semanal …
- Trimestral …
- Presenta síntomas …
- Mensual …
- Semestral …

Gracias

Doctora

Katty García

COORDINADORA DEL PROYECTO DE LA ASOCIACIÓN DE ADULTOS MAYORES VILCABAMBA

CERTIFICA

Que, la Srta. Mabel Alexandra Enríquez Naula, con cédula de identidad Nº 1104603871, egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, realizó diferentes actividades entre ellas chequeo médico y pos consulta, charla educativa, sesión de ejercicio físico y bailoterapia con las personas adultas mayores que conforman la ASOCIACIÓN DE ADULTOS MAYORES VILCABAMBA, con ayuda de profesionales en cada actividad.

Lo certifico para los fines legales pertinentes.

ASOCIACION DE ADULTOS MAYORES
"Vilcabamba"
RUC: 1191720616001
DIR. AV. LA JUVENTUD VILCABAMBA
EMAIL: ancianosdevilcabamba@gmail.com

Dra. Katty García

COORDINADORA DEL PROYECTO DE LA ASOCIACIÓN

DE ADULTOS MAYORES VILCABAMBA

Médico

Lenin M. Albán Ortega

MÉDICO GENERAL DEL CENTRO DE SALUD Nº 4 DE CATAMAYO

CERTIFICA

Que, en coordinación con la Srta. Mabel Alexandra Enríquez Naula, egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, se realizó una jornada médica general en la ASOCIACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE VILCABAMBA, la misma en la que se dio atención a las personas adultas mayores que asistieron y luego pos consulta a cargo de la Srta. Mabel Alexandra Enríquez Naula sobre las enfermedades crónico degenerativas más persistentes en este grupo de personas adultas mayores.

Lo certifico para los fines legales pertinentes.

Md. Lenin M. Albán O.
MEDICO GENERAL
REG. 1031-12-1175365

Médico Lenin M. Albán Ortega

MÉDICO GENERAL DEL CENTRO DE SALUD Nº 4 DE CATAMAYO

Instructor

Sr. Diego Juca

INSTRUCTOR DE BAILE DEL PROGRAMA ECUADOR EJERCITATE Y VIVE SANO DEL MINISTERIO DEL DEPORTE

CERTIFICA

Que, en coordinación con la Srta. Mabel Alexandra Enríquez Naula, egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, se realizó una jornada de ejercicio físico y bailoterapia en la ASOCIACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE VILCABAMBA, luego de la cual se impartió una charla sobre la importancia de la actividad física en las personas adultas mayores y el beneficio de la misma a cargo de la Srta. Mabel Alexandra Enríquez Naula.

Lo certifico para los fines legales pertinentes.

Sr. Diego Juca

INSTRUCTOR DE BAILE DEL PROGRAMA ECUADOR EJERCITATE Y VIVE SANO DEL MINISTERIO DEL DEPORTE

ANEXO

FOTOGRAFÍAS DE LA ENTREVISTA

ANEXO

FOTOGRAFÍAS DE LA CONSULTA MÉDICA Y POSCONSULTA

ANEXO

FOTOGRAFÍAS DE JORNADA DE EJERCICIO Y BAILOTERAPIA

13. ÍNDICE

PORTADA I
CERTIFICACIÓN II
AUTORÍA ..... **¡Error! Marcador no definido.**
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS ..... **¡Error! Marcador no definido.**
DEDICATORIA IV
AGRADECIMIENTO VI
1. TITULO 1
2. RESUMEN 2
3. INTRODUCCIÓN 7
4. REVISIÓN DE LITERATURA 12
5. METODOLOGÍA 44
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 47
7. DISCUSIÓN 55
8. CONCLUSIONES 60
9. RECOMENDACIONES 62
10. PLAN DE INTERVENCIÓN 64
11. BIBLIOGRAFÍA 73
12. ANEXOS 77
13. ÍNDICE 86