



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

## TÍTULO

“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja.”

Tesis previa a la obtención de  
título de Médico General

**Autor:** Hernán Andrés Cárdenas Fernández

**Director:** Dra. María Angélica Gordillo Iñiguez, Esp.

Loja – Ecuador

2021

## **Certificación**

Loja 24 de Agosto del 2021

Dra. Angelica Maria Gordillo Iniguez, Esp.

**DIRECTORA DE TESIS**

### **CERTIFICA**

Que el presente trabajo de investigación titulado: “Enfermedades Crónico Degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja.”, de autoría del señor Hernán Andrés Cárdenas Fernández, ha sido revisado bajo la correspondiente dirección en forma prolija tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales y luego de su revisión autorizo su presentación.



Firmado electrónicamente por:  
**ANGELICA MARIA  
GORDILLO INIGUEZ**

**Dra. Angelica Maria Gordillo Íñiguez, Esp.**

**DIRECTOR DE TESIS**

## **Autoría**

Yo, Hernán Andrés Cárdenas Fernández, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Autor:** Hernán Andrés Cárdenas Fernández

**Cédula:** 1104072515

**Fecha:** 24 de agosto 2021

**Correo electrónico:** [herman.cardenas@unl.edu.ec](mailto:herman.cardenas@unl.edu.ec)

**Teléfono:** 0962759626

## Carta de autorización

Yo, Hernán Andrés Cárdenas Fernández, autor de la tesis titulada “**Enfermedades Crónico Degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja.**” como requisito para optar el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que por 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 que tesis que realice un tercero. Para la constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los veinticuatro del mes de Agosto del 2021, firma el autor.

**Autor:** Hernán Andrés Cárdenas Fernández

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Cédula:** 1104072515

**Correo:** andr\_099@hotmail.com

**Teléfono:** 0962759626

**Dirección:** San Pedro, Loja, Ecuador

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de tesis:** Dra. Angelica María Gordillo Iñiguez, Esp.

**Tribunal de Grado**

**Presidente:** Dr. Miguel Antonio Marín Gómez, Mg. Sc.

**Vocal:** Dra. Lisbeth Maribel Galarza San Martin, Esp.

**Vocal:** Dra. Catalina Verónica Araujo López, Esp.

## **Dedicatoria**

“A mis incondicionales padres Hernán y Marlene, quienes a través de su sacrificio y ardua labor han sabido emplazar cada uno de los escalones que me han permitido llegar aquí. A mi madre quien supone mi punto de referencia y fuente de motivación en las actividades que realizo. A mis abuelos, tíos y demás familiares que con sus consejos han sabido motivarme para salir siempre adelante. A todas las personas que de una y otra manera han dejado huella en mi camino, creyendo y apoyándome y que ya no están junto a mí, no me queda más que expresarles mis sentimientos de gratitud y consideración”

*Hernán Andrés Cárdenas Fernández*

## **Agradecimiento**

Mi agradecimiento se dirige a la Universidad Nacional de Loja, baluarte de la educación de nuestro país, que me ha acogido durante estos años, a sus docentes quienes han impartido con inmensa sabiduría las bases para mi formación académica.

De manera especial Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Esp. por haber brindado su tiempo, apoyo y amplio conocimiento para el desarrollo y consecución del presente trabajo de titulación, a mi directora de tesis la Dra: Angélica Gordillo Iñiguez, Esp. por el apoyo en la elaboración de este trabajo de titulación.

Un agradecimiento a todas aquellas personas que han sido partícipes de la consecución de esta etapa en mi vida.

*Hernán Andrés Cárdenas Fernández*

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice .....	vii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
3. Introducción.....	4
4. Revisión de Literatura.....	6
4.1 Historia .....	6
4.2 Envejecimiento.....	6
4.2.1 Tipos de envejecimiento.....	8
4.2.2 Adulto mayor.....	9
4.3. Adulto mayor en la familia.....	10
4.4 Cuidado del adulto mayor.....	11
4.5 Calidad de vida.....	12
4.5.1 Abandono del adulto mayor.....	12
4.5.2 Factores de riesgo.....	12
4.5.3 Factores de riesgo tipo conductual.....	12
4.5.4 Factores de riesgo de tipo fisiológico.....	13
4.5.5 Factores de riesgo de tipo demográfico.....	13
4.5.6 Factores de riesgo de tipo ambiental.....	13
4.5.7 Factores de riesgo genético.....	13
4.6. Prevalencia atípica de enfermedades en el adulto mayor.....	13
4.6.1 Deterioro cognitivo orgánico.....	13
4.6.2 Depresión .....	13
4.6.3. Enfermedad arterial periférica. ....	13
4.7 Enfermedades crónico degenerativas.....	14
4.7.1 Hipertensión arterial.....	15
4.7.1.1 Factores predictores y patogénesis.....	15
4.7.2 Diabetes mellitus.....	16

4.7.2.1 Factores predictores y patogénesis.....	16
4.7.3 Sarcopenia.....	17
4.7.3.1 Factores predictores y patogénesis.....	17
4.7.4 Artrosis.....	18
4.7.4.1 Factores predictores y patogénesis.....	18
4.7.5 Incontinencia urinaria.....	18
4.7.5.1 Factores predictores y patogénesis.....	19
4.7.6 Deterioro cognitivo.....	20
4.7.6.1 Factores predictores y patogénesis.....	20
4.8 Atención integral .....	20
4.8.1 Valoración clínica.....	20
4.8.2 Antecedentes en salud.....	20
4.8.3 Examen físico.....	21
4.8.4 Valoración nutricional.....	21
4.8.5 Valoración funcional .....	21
4.8.6 Valoración del estado mental.....	21
4.8.6.1 De la función cognitiva.....	22
4.8.6.2 De la función afectiva.....	22
4.8.9 Valoración social.....	22
5. Materiales y métodos.....	23
5.1 Enfoque de investigación.....	23
5.2 Unidad de estudio.....	23
5.3 Universo .....	23
5.4 Muestra.....	23
5.4.1 Calculo de muestra.....	23
5.4.2 Tamaño de muestra.....	24
5.4.3 Tipo de muestra.....	24
5.4.3.1 Criterios de inclusión.....	24
5.4.3.1 Criterios de exclusión.....	24
5.5 Técnicas e instrumentos de recolección.....	24
5.5.1 Técnicas.....	24
5.5.2 Instrumento de recolección de información .....	24
5.5.2.1 Consentimiento informado.....	24
5.5.2.2 Hoja de información general.....	24



5.5.2.3 Hoja de preguntas .....	24
5.5.2.4 Hoja con tabla de patologías .....	24
5.5.2.5 Hoja de preguntas .....	24
5.6 Procedimiento .....	25
5.7 Equipo y materiales.....	26
5.8 Plan de procesamiento de datos.....	26
6. Resultados.....	27
6.1 Primer objetivo.....	27
6.2 Segundo objetivo.....	29
6.3 Tercer objetivo.....	29
7. Discusión.....	31
8. Conclusiones.....	33
9. Recomendaciones.....	34
10. Referencias bibliográficas.....	35
11. Anexos.....	35

## **1. Título**

“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja.”

## 2. Resumen

El envejecimiento es un fenómeno natural, con el pasar de los años, se produce un deterioro de la salud, los Adultos Mayores los cuales son vulnerables a padecer enfermedades crónicas degenerativas, resultando en la pérdida de roles sociales tales como: el rol de esposa/esposo, cuáles son las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes de los centros geriátrico de la ciudad de Loja, nos permitirá tener una mayor información acerca de cierto tipos específicos de patologías que se presentan en el adulto mayor. El método utilizado fue el cuantitativo, de tipo descriptivo transversal. La muestra fue de 100 adultos mayores de los cuales 60 cumplieron con criterios a los cuales se los evaluó con una entrevista medico paciente , así como la revisión de la historias clínicas, los resultados arrojan que las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes son en un 37.5% es hipertensión arterial, con un 14,6% comparten diabetes y sarcopenia, seguida de deterioro cognitivo fisiológico con 7.6%, cardiopatías como enfermedad arterial periférica 1% y otras un 5,4% , estas patologías todas reciben un control y medicación frecuente de manera adecuada para controlar y ayudar a una mejor calidad de vida. Debe considerarse a las enfermedades crónicas como un importante problema de salud, por lo que se requiere valorar su riesgo en la población considerada susceptible y planificar una atención integral de diagnóstico y tratamiento.

### **Palabras clave.**

Envejecimiento, enfermedades crónicas degenerativas, deterioro cognitivo fisiológico, hipertensión arterial, sarcopenia, diabetes, atención integral.

## Summary

The aging is a phenomenon present throughout the vital cycle from the same process of the conception until the death, for that reason in the present work a study of the chronic degenerative diseases but frequent in this group is made, dividing it thus in groups Older young, old, long-lived and centennial, which will allow us to have a greater information about certain specific types of pathologies that appear in the older adult in the city of Loja, and thus develop a comprehensive management in addition to strategies for prevention and promotion that should be the priority in public health, the sample was 100 older adults of which 60 met the criteria for the study, which were evaluated with a patient interview and review of medical records of all patients involved, the results show that the most common chronic degenerative diseases are 37.5% arterial hypertension, with 14.6% they share diabetes and sarcopenia, followed by physiological cognitive impairment with 7.6%, heart diseases such as peripheral arterial disease 1% and others 5.4%, these diseases all receive control and frequent medication in an adequate way to control and help a better quality of life. Chronic degenerative diseases in geriatric patients should be considered as an important health problem, so it is necessary to assess their risk in the population considered susceptible to plan a comprehensive care diagnosis and treatment. In addition to the family importance that has direct relation with the children that can develop the same disease of their parents, which with strategy would help to a better control and to diminish the risk of suffering it in a not very near future.

### **Keywords:**

Aging chronic degenerative diseases, physiology Impairment, high blood pressure, sarcopenia, diabetes, comprehensive care.

### 3. Introducción

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte el conocimiento de las enfermedades crónico degenerativas y sus necesidades para elaborar un manejo integral además de estrategias para prevención y promoción debe ser la prioridad en la salud pública, pues atravesamos una transición que se dirige a los riesgos emergentes asociados con la industrialización, la urbanización y el envejecimiento poblacional , a medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de las enfermedades crónico degenerativas. Por esto es nuestra ciudad no existe un conocimiento a fondo de estas patologías de adultos mayores, y su relación con el núcleo familiar.

Las enfermedades crónicas constituyen una epidemia mundial. El término enfermedades crónicas abarca lo siguiente: cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición que se cobran 35 millones de vidas al año y, en conjunto, son la principal causa de mortalidad en todo el mundo. La mayor parte de las enfermedades crónicas resultan de la interacción de factores genéticos y ambientales (González C, 2018, p.41).

Cabe señalar que diversos estudios demostrados 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.

¿Cuáles son las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los centros geriátricos de atención permanente de la ciudad de Loja?

La presente investigación se realiza con el fin de establecer un panorama real del riesgo que padece nuestra población de los centros geriátricos de la ciudad de Loja. El aumento en la esperanza de vida es un indicador de que en nuestra región y sobre todo en nuestro país se ha mejorado la salud durante los últimos años, es así, necesario investigar los aspectos que acompañan a la vejez como las enfermedades crónico degenerativas de mayor incidencia en los gerontos, permitiendo replantearnos, si el aumento de la esperanza de vida es satisfactorio o si las enfermedades crónico degenerativas (ECD) se convierten no solo en un padecimiento para el Adulto Mayor, sino en una carga sanitaria y social.

El presente estudio tuvo como objetivos: Investigar las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes del adulto mayor en los centros de atención permanente de la ciudad de Loja para construir una propuesta de atención integral, caracterizar a la población socio-demográficamente según: edad, sexo, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, ocupación. Determinar cuáles son las enfermedades más frecuentes que se presentan en el adulto mayor de los centros geriátricos de la ciudad de Loja.

## **4. Revisión Literatura**

### **4.1. Historia**

La Geriatria es una rama de la medicina prácticamente nueva comparado con las otras especialidades en medicina. “El término de Geriatria aparece en el año 1909. La Geriatria moderna nace en Gran Bretaña en los años 1930-1935 con Marjorie Warren que trabajó como enfermera en West Hospital y se graduó en Medicina en el Royal Free Hospital.” (Alvares,2017, p.82). La Gerontología es una ciencia que estudia el envejecimiento fisiológico en todas sus etapas, que incluye las ciencias médicas, biológicas, sociológicas y psicológicas; además del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores.

El envejecimiento y las enfermedades de la tercera edad han sido de interés para muchos estudios en este tiempo moderno, así como en China, India y el este del Mediterráneo además de estudios griegos y romanos continuaron sus esfuerzos en tratar de entender los elementos del proceso de envejecimiento y su pensamiento combinó el desarrollo investigativo en Europa.

El estudio académico sobre las personas ancianas y el envejecimiento comienzan en la Edad Moderna con los trabajos biométricos de Adolphe Quetelet y Francis Galton. Quetelet es considerado el primer gerontólogo de la historia, al establecer los diferentes estudios de la evolución de la vida humana. Él aplicó la curva de Gaus, lo que supuso una auténtica revolución conceptual en su tiempo. (Marin, 2015, p.4)

La Gerontología social fue definida en 1914 por Eduardo Sthiglitz como "una ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, que existe en un ambiente social y aceptado por éste. La especialidad comienza a desarrollarse a finales de los años 50 y alcanza un pujante avance en las décadas de los 80 y 90. La intensificación de su progreso dentro de muchos países y la extensión a otros nuevos, es sin dudas un resultado de interés, por el fenómeno del envejecimiento en la región y las particularidades que presenta. (Millán, 2016, pág. 14)

### **4.2 Envejecimiento**

El envejecimiento no es más que un evento fisiológico presente a lo largo del ciclo vital desde la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un ciclo natural de la vida conocido por todos los seres humanos, a veces es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano.

El mundo está experimentando una transformación demográfica: para el 2050, el número de personas de más 60 años aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, y se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o se duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese

incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población anciana se multiplique por cuatro en 50 años. (Unidas, 2017, p. 2)

Una de cada diez personas en la actualidad tiene 60 años o más. Se calcula que para el año 2030 los individuos de la generación del "baby boom" serán ancianos y se cree que este grupo representará el 25% de la población. Helme sugiere que esto dará lugar a un aumento de mortalidad y morbilidad en aquellas personas con enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento, como son las patologías crónicas, osteomusculares, lumbares y tumorales, entre otras. (Unidas, 2017, p. 4)

La vejez es una de las etapas del ciclo de la vida, donde el ser humano ha alcanzado la edad donde relación con el mundo es lo primordial; ha llegado a la madurez total a través de los años con una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados a lo largo de todos sus años jóvenes de vida.

Describir a una persona de anciana es nuestro medio puede verse desde muchas perspectivas como la de un niño o niña puede ver a su abuela de 59 años como una señora mayor, o una anciana. Un adulto de 39 años puede parecerle anciana una persona que tiene 70. En la actualidad continúa relacionándose la vejez con la jubilación, oscilando así la edad entre los 60 y los 65 años.

Para entender esta afirmación es necesario definir la edad efectiva de una persona, que puede establecerse teniendo en cuenta cuatro tipos de edades:

- Edad cronológica: es el número de años transcurridos desde el nacimiento.
- Edad biológica: está determinada por el porcentaje o grado de deterioro de los órganos.
- Edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
- Edad social: establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

Por tal motivo el proceso de envejecimiento no debe ser visto solo desde el punto de vista de una simple edad, sino que deben tenerse en cuenta los factores personales y ambientales que influyen en él. El envejecimiento debe ser visto desde tres puntos de vista como son: disminución, cambio y desarrollo.

El envejecimiento es una época de cambios: partiendo desde la apariencia física se modifica de forma progresiva, aparecen las canas, arrugas, y cambia la distribución de la grasa corporal; también se observan modificaciones importantes en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales. La vejez también es una etapa de desarrollo y madurez.



Muchos ancianos son más pacientes y tolerantes, tienen una mayor aceptación del otro, tienen mayor experiencia y esto les permite ver la vida de una manera diferente (Unidas, 2017, p.6)

**4.2.1 Tipos de envejecimiento.** existen algunos tipos envejecimiento como son.

El envejecimiento ideal: las personas de este grupo son capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; tienen un muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida normal, además cabe recalcar que no tienen malos hábitos es decir alcohol o tabaco, y suelen realizar actividad física diaria o varios días a la semana. (González C, 2018, p.450).

**Envejecimiento activo:** “En este grupo ya existen personas que han sido diagnosticadas de alguna enfermedad crónica; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y poseen un factor de riesgo bajo” (González C, 2018, p.451).

**Envejecimiento habitual:** “son el tipo de personas que ya poseen más de una enfermedad crónica; su estado de salud no tan adecuado; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; padecen un deterioro cognitivo ligero o ningún signo o síntoma, tienen factores de riesgo bajo” (González C, 2018, p.451).

**Envejecimiento patológico:** “Las personas de este grupo presentan un precario estado de salud; tienen deterioro cognitivo junto a enfermedades crónicas. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros” (Delgado, 2017, p.31).

Factores de riesgo como:

Edad: Las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales. Sin embargo, también se sabe que estas condiciones están fuertemente correlacionadas con la edad, así que la fragilidad y el grado de riesgo se incrementan conforme se es mayor. De esta manera, y para fines analíticos, se crearon tres grupos dentro de las edades avanzadas (Chande, 2017, p.5).

50 a 64 años. Este grupo se encuentra en la transición hacia el envejecimiento es una etapa donde se encuentra la preocupación de pasar a ser parte de los adultos mayores, por tal motivo la importancia de la transición hacia el adulto mayor. En su mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad, autonomía y en condiciones productivas para la sociedad. Es de gran importancia este tipo llamado la pre vejez el cual permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de ayudar a prevenir las condiciones de salud que tendrá la población de más de 65 años en un futuro, disminuyendo considerablemente el impacto de enfermedades crónicas posiblemente controlables en edades tempranas.

65 a 74. Es la tercera edad propiamente dicha. Aquí existen manifestaciones como disminución considerable en las condiciones físicas, además de la disminución en participaciones sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud 75 y más. Es la llamada cuarta edad. La mayoría de la población presenta una disminución considerable en salud y funcionalidad, llega a causar dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida cotidiana y el bienestar. (Castro, 2019, p.10).

La manera de agrupar las edades también obedece a cuestiones metodológicas y organización. Al principio las opciones de agrupación consideraban que el grupo de 75 años y más debía estar subdividido en población con edades entre 75 y 84 años y 85 años y más, sin embargo, este último grupo de edad tiene pocos registros y estadísticamente poco valor.

Sexo: El análisis del envejecimiento diferenciado por sexo es fundamental. Los estudios realizados en todas partes muestran que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y que los problemas de salud que padecen hombres y mujeres son diferentes a medida que envejecen. Hay más prevalencia de enfermedades agudas y hospitalización entre hombres, mientras que las mujeres sufren más enfermedades crónicas y discapacidades. De alguna manera, esto explica que las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud (Chande,2017,p.7).

Calidad de vida en la sociedad: El envejecimiento también son consecuencias que dependen del nivel socioeconómico y del lugar de donde habita nuestro adulto mayor. Cuidar de la salud, estilo de vida de la persona, calidad de la nutrición y sus hábitos, el ejercicio, la participación en acciones preventivas a temprana edad y por supuesto la utilización de los servicios de salud responde al nivel educativo, los patrones culturales y la disponibilidad local de recursos, además de una buena intervención de autoridades sanitarias. (Flores & Herrera,2018, p.7).

La combinación de las categorías de estas tres variables (edad, sexo y condición urbana) permiten un análisis del tipo de envejecimiento en correlación con las condiciones socioeconómicas.

**4.2.2 Adulto mayor.** Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. “Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico cambios de orden natural, social relaciones interpersonales y psicológico experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida” (Gómez & Curcio, 2016, p.5)

Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en

algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados (Alvares, 2017, p.82).

Se trata de un grupo con edad mayor a los 65 años de personas que son fuertemente discriminados, ya que, si al cometer un error son catalogados como incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las labores de la vida cotidiana. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios tienen la responsabilidad de crear políticas y centros especializados para esta realidad y que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales y consideración en relación a los servicios sociales y de salud, contando con actividades especiales para su desarrollo especialmente para mantenerlos en una población activa y participativa para la sociedad. (Grau, 2018, p.17).

Los temas aun relacionados con tercera edad en la mayoría de los casos se encuentran bastante alejada de la realidad. En muchas ocasiones siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de todos los años cumplidos además de haber plasmado sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida.

Es frecuente que hoy día nos encontremos con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes. Pero también vale mencionar que existe una contracara y para algunas personas esta etapa de la vida es ciertamente compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que el cuerpo empieza a deteriorarse. Porque en esta situación el individuo no puede trabajar, su actividad social disminuye y entonces se empiezan a experimentar estados súper negativos como ser los de exclusión y postergación. (Gómez & Curcio, 2016, p.7)

En aquellos países desarrollados este grupo poblacional dispone de jubilación y pensión, y demás beneficios que son muy diferentes en los países subdesarrollados como el nuestro en casos que así corresponda, lo que les permite recibir un ingreso monetario si es que ya no pueden o no desean trabajar más. Pero existen muchas enfermedades y afecciones especialmente asociadas a este momento, como ser: alzhéimer, osteoporosis, artrosis y cataratas, entre otras.

### **4.3 Adulto mayor en la familia**

Muchos países latinoamericanos se encuentran aun en vías de desarrollo, y donde lo que es un mal desde siempre un mayor grado de pobreza, generado algunas veces por el alto grado de

corrupción, la mayor precariedad en el empleo, o también por la incorporación de la mujer al trabajo, las familias se han visto en la necesidad de agruparse en un solo domicilio, donde existe mayor presencia de niños y niñas, y una menor cantidad de integrantes en edad plenamente productiva, y con muchas limitaciones económicas. “Casi siempre dentro del núcleo familiar se encuentra un Adulto Mayor, persona de más de 62 años, etapa donde se producen los cambios biológicos y sociales por el envejecimiento, pero también existe más conocimiento, prudencia, sensatez y experiencia. Generalmente los adultos mayores que se encuentran dentro del núcleo familiar son mujeres que pueden ser viudas, separadas, en fin, muy pocas veces son hombres.” (Pinedo, 2017, p.84)

Un gran número de adultos mayores no tienen acceso a una pensión debido a que en su vida productiva nunca trabajaron por quedarse en sus hogares cuidando a sus hijos y por ello no aportan económicamente a un seguro como existe en nuestro país. El estado de salud ya no es el mejor, por la misma condición de la edad deben ser primordial el tener controles médicos, en algunos casos son abandonados, los someten a malos tratos, son considerados un estorbo se genera violencia intrafamiliar hacia el adulto mayor, que en nuestro país existe este tipo de conducta dentro del hogar. “Le ocurre lo contrario a las personas que, si trabajaron, que son los adultos que aportan económicamente al núcleo familiar, porque obtienen ingresos provenientes de la pensión contributiva o riqueza propia y en cambio son tratados de manera especial”. (Alvares,2017, p.84)

#### **4.4 Cuidado del adulto mayor**

Contemplar las necesidades de los ancianos es muy importante ya que pasa por incluir una valoración de todas las áreas que le rodean, ya que algunas necesidades se encuentran alteradas, no por el cambio físico y funcional, sino por las barreras arquitectónicas o sociales que le rodean, que van a impedir que se pueda dar respuesta a esa alteración. (Poblete,2018, p.89)

Las alteraciones de la cognición impiden y producen incapacidad para realizar otras actividades necesarias para el mantenimiento diario. Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar, o al menos retardar, los síndromes geriátricos, forma parte de los objetivos de atención a las personas mayores.

#### **4.5 Calidad de vida**

El trabajo sistemático con personas mayores ha permitido en los últimos tiempos ampliar criterios de apreciación al momento de construir conceptos. Esta evolución se hace evidente al definir calidad de vida, así este concepto será objetivo principal de cualquier plan de atención a las personas mayores, ya que servirá de evaluador de las acciones programadas.

Actualmente, este concepto considera múltiples variables como la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación y los sistemas de salud, entre otros.

“La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales. (Velez,2019, p. 86)

**4.5.1 Abandono del adulto mayor.** No siempre el adulto mayor se considera abandonado porque se encuentre en la calle desprotegido o viviendo solo en una casucha o en una habitación. “Diariamente se observa en cada esquina de las calles del centro de la ciudad, en los paraderos de los buses, adultos mayores, pidiendo limosnas, ejerciendo de cualquier manera la mendicidad. Se puede decir que ya tienen sus sitios establecidos, encontrando una forma bastante lucrativa para poder mantener a su familia.” (Nieto,2017, p. 86)

Algunos adultos mayores en ocasiones no soportan el maltrato, el abandono o la presión a la cual son sometidos dentro del núcleo familiar por su misma condición y en ocasiones prefieren huir y llegan a refugiarse en la calle. Para ellos estar fuera del entorno familiar donde se ven vulnerables, les brinda mayor seguridad, tranquilidad, libertad e independencia y por ello prefieren huir. Es obligación de la familia proteger a los adultos mayores, también un papel importante el Estado es solidario cuando se encuentren en situación de abandono.

**4.5.2 Factores de riesgo.** Es una propiedad, condición o comportamiento que predispone la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión en cualquier circunstancia. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente. Pero con el pasar de los años las enfermedades aparecen no solas si no acompañadas de alguna otra patología.

**4.5.3 Factores de riesgo de tipo conductual.** Los factores de riesgo de tipo conductual están relacionados con que la persona ha elegido realizar. Por lo tanto, pueden mejorar o reducirse o eliminarse mediante un nuevo estilo de vida o de conducta.

- Tabaquismo;
- Consumo excesivo de alcohol
- Las elecciones nutricionales
- La inactividad física
- Pasar mucho tiempo al sol sin la protección adecuada

**4.5.4 Factores de riesgo de tipo fisiológico.** Los factores de riesgo de tipo fisiológico son aquellos que están relacionados la biología y el organismo de la persona. Los cuales cumplen con predisposición por una combinación de factores hereditarios o genéticos, de estilo de vida o de tipo más general (Brandao, 2017, p. 14).

- Sobrepeso u obesidad
- Presión arterial elevada
- Colesterol alto
- Un alto nivel de azúcar en sangre

**4.5.5 Factores de riesgo de tipo demográfico.** Los factores de riesgo no modificables de tipo demográfico los cuales están relacionados con la población en general.

- Edad;
- Género

**4.5.6 Factores de riesgo de tipo medioambiental.** Los factores de riesgo de tipo medioambiental abarcan un gran número de diferentes situaciones como son factores sociales, económicos, culturales y políticos; así como en la vida laboral que incluyen factores físicos, químicos y biológicos. Son, por ejemplo:

- Acceso a agua limpia e instalaciones sanitarias;
- Los riesgos laborales
- La contaminación del aire
- El entorno social.

**4.5.7 Factores de riesgo de tipo genético.** Los factores genéticos se basan en los genes de la persona. Algunas patologías como la fibrosis quística y la distrofia muscular presentan predisposición en base a la composición genética del individuo. Otro tipo de enfermedades como la diabetes o el asma manifiestan la interacción entre los genes del paciente y factores medioambientales.

#### **4.6 Presentación atípica de enfermedades en adulto mayor.**

El anciano presenta en muchas ocasiones, una forma peculiar de manifestar las enfermedades. Por consiguiente, para llegar a la obtención de un correcto diagnóstico, es precisa la valoración cuidadosa de la sintomatología en el paciente geriátrico.

**4.6.1 Deterioro cognitivo orgánico.** Con el envejecimiento se presentan cambios normales en el cerebro como son morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal.

Estos cambios están relacionados con el envejecimiento cognitivo normal, el cual es difícil de definir porque las asociaciones de la función cognitiva y la edad no son necesariamente

lineales, además de tener múltiples influencias como las relacionadas con el estado de salud y el tipo de función cognitiva evaluada; en términos generales alrededor de los 60 años se presenta una disminución de la memoria, fluidez verbal, lógica matemática y la eficiencia y rapidez de análisis (Benavides, 2017, p.108).

**4.6.2 Depresión:** Las situaciones psicosocial, física y biológica son los principales determinantes que marcan las características que afectan al adulto mayor.

La primera como es muchos países es la disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida del estatus social, económico además de un aislamiento social; esta problemática se ve agrandada por la menor capacidad y los menores recursos que el anciano tiene para adaptarse a estas nuevas circunstancias. La depresión es, junto con la demencia, la enfermedad mental más frecuente en los ancianos. El impacto de este trastorno está siendo cada vez más reconocido, aunque, desafortunadamente, se trata aún de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida (Roca, 2018, p.15).

**4.6.3 Enfermedad arterial periférica:** La enfermedad arterial periférica aumenta linealmente con la edad por lo que es de muy alta importancia este tipo de patología.

Inciendiendo a nivel mundial en un 10 - 15 % de los adultos mayores entre 60 y 70 años y en un 20 % de los mayores de 70 años, datos que pueden aumentar si se incluye un gran número de pacientes asintomáticos. Su incidencia es mayor en hombres, al igual que su manifestación clínica la claudicación intermitente, así como su localización más frecuente es en extremidades inferiores. (López, 2018, p.15).

#### **4.7 Enfermedades crónico degenerativas.**

Las enfermedades crónico-degenerativas son aquellas que van producir una serie de alteraciones tanto fisiológicas en las cuales, además, se pueden identificar las características siguientes.

Casi siempre son el resultado de una predisposición genética compleja pueden participar una gran cantidad de genes, en combinación con factores ambientales y adquiridos propicios para el desarrollo de una o varias alteraciones patológicas. Dichas alteraciones se reflejan como producción excesiva, disminuida y/o modificaciones estructurales y funcionales de varias biomoléculas. Los mecanismos de regulación de las vías moleculares se van alterando y ampliando paulatinamente (González, 2016, p.58).

Generación de cascadas de desregulación, las cascadas de desregulación alteran la comunicación biológica intra e intercelular, alteran en mayor o menor grado la mayoría de los tejidos y órganos, hasta el momento no hay solución terapéutica total ni definitiva; tienden a ser de carácter crónico y progresivo (González, 2016, p.58).

**4.7.1 Hipertensión arterial.** Una de las patologías más frecuentes en el adulto mayor y en nuestro país es la hipertensión la cual es el principal factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular (ECV). “Siendo esta una de las primeras causas de muerte en el adulto mayor y la primera de discapacidad en a nivel mundial. Es de esta manera donde se 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” (López, 2016, p.19).

**4.7.1.1 Factores predictores y patogénesis.** Herencia y factores genéticos. Como se sabe hoy en día la hipertensión arterial es una enfermedad hereditaria. La cual afecta a las generaciones como:

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. (Quiroga, 2016, p.231)

**Obesidad:** “La relación directa y lineal entre el IMC y la PA. El mecanismo inductor de HTA en los casos de obesidad es, un aumento de volemia y volumen sistólico con una implicación del sistema renina – angiotensina como del SNS.” (Casilimas, 2017, pág. 338)

**Sedentarismo y factores ambientales.** – Es un de los factores determinantes como factor de riesgo en la hipertensión arterial

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 casos de HTA, si bien los mecanismos no están suficientemente aclarados (AMIR, 2018, p.55).

**Consumo de alcohol y HTA:** El alcohol también es un factor determinante en el padecimiento de hipertensión arterial donde es muy habitual el consumo y la relación con hipertensión arterial en adultos mayores.



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 (Grau, 2018, p.180).

Sal y HTA: La relación entre el consumo de sal y las cifras de PA a lo largo de los años ha sido la clave fundamental de estudio para determinar este factor modificable para poder controlar la presión arterial.

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 convertidora 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 (Grau, 2018, p.185).

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

**4.7.2 Diabetes mellitus.** La diabetes mellitus es de las patologías que afecta a muchas personas en todas las edades producido por un déficit absoluto o relativo en la secreción de insulina en algunos existe 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. estas anomalías son sólo una parte del síndrome diabético, cuyo pronóstico, están determinados por la evolución de sus complicaciones microvasculares (oculares, renales, nerviosas) y macrovasculares (Hernández, 2016, p.2).

#### ***4.7.2.1 Factores predictores y patogénesis.***

Edad y sexo: La aparición de la diabetes se incrementa a medida que pasan los años, con cifras realmente altas durante la vejez, debido a un incremento fisiológico de la resistencia a la insulina no compensada con una adecuada secreción de insulina a causa de déficit de la célula  $\beta$  pancreática envejecida. Con un ligero predominio en el sexo femenino.

Factor genético: La diabetes es una enfermedad con alta carga familiar, y así, existen antecedentes familiares de los diabéticos, lo que sólo ocurre en el 2% de la 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 veces mayor si uno de los padres lo es y aumenta si los 2 son diabéticos.

**Obesidad:** Es el factor más estrechamente asociado con el desarrollo de diabetes en el adulto, ya que se ha estimado que el riesgo 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 (García, 2016, p.8).

**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) y un mayor sedentarismo, muestran un aumento ostensible de la prevalencia de la obesidad y diabetes.” (Russo, 2016, p.10).

**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 (Barrón, 2017, p.10).

**4.7.3 Sarcopenia.** Es un síndrome geriátrico que se lo detalla como la pérdida de la masa y la función esquelética relacionada con la edad, la pérdida de fuerza muscular y los cambios en el tejido muscular. Un proceso que va de la mano con la incapacidad física, caídas, fracturas, declive funcional, disminución en la calidad de vida junto a un aumento de la mortalidad.

#### ***4.7.3.1 Factores predictores y patogénesis.***

**Envejecimiento:** tiene algún grado de discapacidad, y que esta prevalencia se incrementa en la medida que aumenta la edad condicionándoles dependencia para realizar tanto las actividades instrumentadas como las actividades básicas de la vida diaria

**Factores neuromusculares:** “La pérdida de las motoneuronas alfa de la médula y disminución del número de células satélite. Se observa a partir de los 60 años en forma marcada y condiciona la denervación y re inervación consecuente con una neuropatía crónica” (Nemerovsky, 2017, p. 29)

**Factores endocrinos:** “Descenso de hormonas anabolizantes (estrógenos, testosterona y DHEA, hormona del crecimiento, insulina) y descenso de vitamina D. La insulina determina una acción inhibitoria de la proteólisis y favorecedora de la síntesis proteica. Las hormonas sexuales tienen la particularidad de mantener el trofismo muscular” (Nemerovsky, 2017, pág. 30).

Está demostrada la relación entre el descenso de testosterona y andrógenos con el envejecimiento y la disminución de la masa y la potencia musculares.

Factores inmunitarios: Es un factor determinante en el proceso de envejecimiento y a su vez en la sarcopenia de los individuos añosos.

En el proceso senescente, se produce un estado de inflamación subclínica determinado por la elevación del TNF- $\alpha$  (factor de necrosis tisular alfa) y la elevación de citocinas, como IL-6, IL-1 $\alpha$  e IL-1 $\beta$ . Este proceso inflamatorio crónico favorece el aumento del catabolismo proteico de la masa muscular. El mecanismo inflamatorio subclínico comparte la fisiopatología con los procesos de caquexia que se observan en las patologías tumorales e infecciosas crónicas. Las determinaciones bioquímicas de PCR elevadas se relacionan con sarcopenia, mayor posibilidad de dependencia y mayor mortalidad (Nemerovsky, 2017, p. 32).

**4.7.4 Artrosis.** La artrosis se define como la degeneración del cartílago articular y las demás alteraciones que se derivan de ella. Esta patología es el resultado de las alteraciones biomecánicas, metabólicas y patológicas del cartílago hialino y del hueso yuxtaarticular.

#### **4.7.4.1 Factores predictores y patogénesis.**

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.

Sexo: Hasta los 55 años la artrosis es ligeramente más frecuente en el hombre de 55 en adelante es más prevalente en las mujeres. “La afectación articular es diferente según el sexo, ya que las mujeres presentan mayor afectación de las articulaciones interfalángicas y las rodillas” (Fabregat, 2017, p.3).

Factores mecánicos: En algunos casos la repetición de movimientos causa una sobrecarga articular, en actividades laborales con este tipo de trabajo a repetición pueden favorecer la aparición de artrosis en algunas articulaciones. También los traumatismos articulares (sobre todo la rodilla) y fracturas favorecerían su aparición.

Factores constitucionales: La obesidad no es un factor de riesgo por sí sola para la aparición de la artrosis. “La obesidad tiene correlación con la gravedad de ésta sobre todo en determinadas localizaciones como la rodilla o la cadera. La obesidad es un factor predictor de la aparición de artrosis 30 años antes de que aparezca” (Fabregat, 2017, p.7).

Factores Genéticos: Se han relacionado sobre todo con algunos tipos de artrosis como la forma nodular de la mano con presencia de nódulos

**4.7.5 Incontinencia urinaria-incontinencia fecal.** En el adulto mayor es uno de los problemas más recurrentes en la gente añosa puede presentarse también de manera transitoria. “Su característica es la instalación súbita en menos de 6 meses. El uso de anticolinérgicos,

diuréticos, antipsicóticos, opioides y bloqueadores de canales calcio pueden aumentar ciertas condiciones fisiológicas del adulto mayor, deteriorando la función del vaciamiento vesical” (Vallejos, 2019, p. 160).

#### ***4.7.5.1 Factores predictores y patogénesis.***

**Vejiga:** En adultos mayores es uno de los factores principales para la incontinencia urinaria. Se describen volúmenes miccionales disminuidos, aumento del residuo postmiccional, menor capacidad vesical y mayor prevalencia de hiperactividad del detrusor. En adultos mayores es frecuente observar una condición que se presenta con hiperactividad del detrusor durante la fase de continencia y detrusor hipocontráctil durante la fase miccional.

Esta condición se conoce como detrusor hiperactivo con contractilidad deteriorada. El deterioro de la contractilidad determina que la vejiga pierde progresivamente la eficiencia para vaciarse, como consecuencia del vaciado vesical incompleto disminuye la capacidad funcional vesical, lo que se manifiesta clínicamente como frecuencia y nicturia (Chiang, 2018, p.33).

**Vagina:** La disminución de estrógenos en la mujer menopáusica estos tienen un efecto trófico sobre gran parte del tracto urinario inferior de la mujer.

Luego de la menopausia, el epitelio vaginal pierde la mayor parte de su capa superficial e intermedia. Esto puede asociarse a inflamación, con evidente eritema, telangiectasias, petequias, friabilidad y erosiones del tejido. Adicionalmente, ocurre pérdida de glicógeno y lubricación, el pH cutáneo aumenta desde 4.5 a 7.4. Estos cambios llevan a la pérdida de la flora adherente y a colonización con organismos patógenos como *Escherichia coli* entre otros (Chiang, 2018, p.33).

**Uretra:** “Por su origen embriológico común, la uretra femenina sufre cambios relacionados con el envejecimiento a nivel mucoso y estromal. La densidad vascular submucosa y flujo sanguíneo disminuyen. El adelgazamiento mucoso y pérdida de proteoglicanos afecta la coaptación uretral” (Chiang, 2018, p.35).

En los hombres también ocurre pérdida de densidad de células musculares en el esfínter estriado. Algunos estudios demuestran que la presión de la uretra prostática aumenta hasta los 60 años, tras lo cual se observa una disminución y acortamiento de la longitud esfínteriana uretral (Chiang, 2018, p.35).

**Próstata:** La hiperplasia prostática benigna está asociada al envejecimiento y suele conducir a crecimiento prostático y cambios histopatológicos a nivel celular además de producir una obstrucción del tracto de salida de la vejiga. El volumen prostático aumenta en forma variable con la edad.

**4.7.6 Deterioro cognitivo fisiológico.** Es la pérdida de funciones cognitivas tales como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de la información. Aparece con el envejecimiento normal y depende de factores fisiológicos, ambientales y sociales

#### ***4.7.6.1 Factores predictores y patogénesis.***

Edad: Es uno de factores que mayormente está asociado a deterioro cognitivo leve. El envejecimiento es un proceso fisiológico y totalmente natural es heterogéneo, de carácter lento y complejo. De forma gradual deterioro de las capacidades funcionales hace a los individuos, debido a la pérdida de capacidad homeostática, particularmente susceptibles y vulnerables ante una gran variedad de alteraciones patológicas. La edad promedio es pasados los 60 años donde aumenta el riesgo para deterioro cognitivo leve. El cerebro pierde de 2 a 3 g de peso anualmente. es importante considerar no solo el número de neuronas, sino lo que ocurre durante el envejecimiento con la arborización dendrítica neuronal y la densidad de espinas, sustrato morfológico de los contactos sinápticos (Geriatría, 2019, p.5).

**Bienestar Psicológico:** La ansiedad y la depresión tienen una relación negativa en el bienestar, afectando a relaciones interpersonales, el apoyo social y núcleo familiar actúa en la relación entre el optimismo y el bienestar . El optimismo ayuda a le relación entre el estrés psicológico y la sintomatología depresiva (Cuadra & Medina, 2016, p.58)

### **4.8 Atención integral**

La Evaluación Geriátrica Integral es un pilar fundamental en la atención clínica de los adultos mayores lo cuales necesitan una atención globalizada enfocada en cada uno de los factores que afecten su salud junto a calidad de vida.

Ese el proceso diagnóstico evolutivo multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía (Gálvez & Chávez, 2017, p.322)

**4.8.1 Valoración clínica.** La valoración clínica es una pieza fundamental para llegar a un diagnóstico del adulto mayor y también para poder entablar una relación médico-paciente con colaboración de nuestro paciente. “Este es un proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a detectar los problemas físico clínicos con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación” (Gálvez & Chávez, 2017, p.324).

**4.8.2 Antecedentes de salud.** “Es importante los antecedentes patológicos personales del paciente, debe profundizar en las patologías crónicas que se mantienen activas. Es importante

poder diferenciar entre los antecedentes verdaderamente importantes y otros que no lo son tanto y que muchas veces son sobrevalorados por el paciente” (Hechaverria & Fernández, 2017, p.12)

Se debe tomar en cuenta sobre los medicamentos y dosis que nuestro paciente que se esté administrando tomar muy en cuenta la automedicación la cual es muy frecuente en nuestro medio. “Debe incluir fármacos recetados y sobre todo los automedicados. Es muy útil decirle a nuestro paciente que traiga todos los medicamentos que toma incluyendo aquellos que toma ocasionalmente” (Gómez & Curcio, 2016, p.14).

**4.8.3 Examen físico.** Es pieza fundamental en el abordaje de nuestro paciente y poder ganar la confianza para la colaboración del mismo.

Se debe investigar sus principales molestias, no deje de incluir la búsqueda intencionada de: dificultades sensoriales y problemas de salud oral. En el interrogatorio por aparatos y sistemas, asegúrese de preguntar acerca de cambios en el estado funcional a lo largo del último año, cambios ponderales, fatiga, mareo, caídas, trastornos del sueño, sintomatología cardiovascular, alteraciones en la frecuencia de la micción e incontinencia urinaria, cambios en el hábito intestinal, afecciones osteoarticulares y problemas sexuales. (Gómez & Curcio, 2016, pág. 16) (Gómez & Curcio, 2016, p.14).

**4.8.4 Valoración nutricional.** Los hábitos de alimentación, ingesta de alcohol y hábito de fumar en sus años de juventud, pueden repercutir en la salud del adulto mayor. Son vital importancia, de igual manera la dieta en general a lo largo de sus años. “La actividad física que acostumbra realizar la persona, el peso y talla. La mayor utilidad del peso como medida aislada es el saber si el individuo ha disminuido o aumentado más de un 10% en los últimos 3 meses” (Hechaverria & Fernandez, 2017, pág. 17).

**4.8.5 Valoración funcional.** La evaluación de la función es muy importante que puede manifestar su deterioro funcional. “Siendo un indicador precoz de la enfermedad aún antes de los síntomas clínicos, sirve para cuantificar diferencias en el impacto de enfermedades sobre el individuo y tiene un valor especial para evaluar resultados en la terapéutica y la rehabilitación.” (Bustamante, 2017, p.17)

**4.8.6 Valoración del estado mental y afectivo** La valoración del estado mental así como el afectivo es muy importante ya que su estado anímico y su percepción de su propia salud son un indicador para la valoración correcta de algún padecimiento psicológico o de cualquier otra característica incluso antes de la aparición de los síntomas clínicos.

**4.8.6.1 De la función cognitiva:** En muchos establecimientos a nivel nacional, en centros geriátricos y gerontológicos es muy importante la aplicación de test como el mini mental test,

el cual da una realidad y evaluar signos o síntomas compatibles con demencia o deterioro cognitivo.

**4.8.6.2 De la función afectiva:** Es una función de suma importancia para la prevención de la depresión y la ayuda a la resolución de conflictos psicológicos ya que los núcleos familiares de nuestro país responden a muchos factores que pueden tomar alguna actitud a favor o en contra de adulto mayor, dar prioridad a ciertos casos, basándose en factores de riesgo y vulnerabilidad.

**4.8.7 Valoración social.** El entorno familiar es muy importante para su estado emocional además de conocer si el paciente vive solo o acompañado (quiénes viven con él o ella) y quién se haría responsable de tomar decisiones en caso que el individuo quedara incapacitado para tomar decisiones por sí mismo o si se puede desenvolver por si solo acorde a sus propias necesidades.

## **5. Materiales y métodos.**

El estudio se realizó en los centros geriátricos de la ciudad de Loja, investigando las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes de este grupo vulnerable, en un tiempo estimado de 5 meses.

### **5.1 Enfoque de investigación**

El estudio que se desarrollará será el método descriptivo, en el que se enfatiza las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes.

### **5.2 Unidad de estudio**

El trabajo de Investigación se llevará a cabo en los centros geriátricos San José, Daniel Álvarez, y la Pradera de la ciudad de Loja

### **5.3 Universo**

Habitantes y usuarios de los centros geriátricos de atención permanente de la ciudad de Loja correspondiente a 100 personas los cuales se dividen en Daniel Álvarez 60, San José 25, Pradera 15.

### **5.4 Muestra**

Está conformado por los habitantes y usuarios de los centros geriátricos de la ciudad de Loja, que cumplieron los criterios de inclusión en un total de 60 participantes.

**5.4.1 Tipo de muestreo.** Para seleccionar a las personas que participaron se realizó un muestreo tipo selección que cumplan con los criterios.

#### ***5.4.1.1 Criterios de inclusión.***

- Las personas adultas mayores dispuestas a colaborar con la investigación
- Edad entre los 65 años a más.
- Pacientes con alguna patología preexistente

#### ***5.4.1.2 Criterios de exclusión.***

- Pacientes que sus familiares o responsable no conceda la autorización en participar
- Adultos mayores que presenten alteraciones en funciones mentales superiores.

### **5.5 Técnicas e instrumentos de recolección**

**5.5.1 Técnicas.** Para responder a los objetivos propuestos en la investigación se procedió a la aplicación de una entrevista dirigida, toma de medidas antropométricas y aplicación de cuestionario con preguntas simples y entendibles para nuestra población.

#### **5.5.2 Instrumentos de recolección de la información**

**5.5.2.1 Consentimiento informado.** Para conseguir la aprobación del entrevistado se utilizó el consentimiento informado de la Organización Mundial de la Salud (Anexo 5).



**5.5.2.2 Hoja de información general.** Se empleó un formulario donde consta los datos personales de la persona entrevistada y datos de antropometría (Anexo 6).

**5.5.2.3 Hoja de preguntas.** Se empleó unas preguntas simples para los pacientes geriátricos de todas las edades que puedan responder con normalidad. (Anexo 6)

**5.5.2.4 Hoja con tabla de patologías.** Para conseguir información veraz de cuáles son las principales enfermedades crónico degenerativas a través de las historias clínicas. (Anexo 7)

## **5.6 Procedimiento**

El presente estudio pertenece al proyecto titulado “Enfermedades Crónico Degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente de la ciudad de Loja”. motivo por el que se solicitó la aprobación del mismo a la comisión de investigación de la carrera de medicina quien emitió respuesta favorable (Anexo 1) por lo que se procedió a desarrollar el proyecto de manera individual.

Luego se solicitó la aprobación del tema a investigar a la coordinación de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, quien autoriza (Anexo 1), y solicita emitir la pertinencia del tema a investigar al Dr. Ángel Ordoñez, docente de la carrera de medicina (anexo 2), quien tras revisar el proyecto de investigación considera que el mismo es pertinente de ser investigado (anexo 3).

Una vez emitida la pertinencia del tema a investigar, coordinación de la carrera de medicina humana – UNL autoriza la continuación de la investigación (Anexo 5), por lo que solicitamos asignación de director de tesis para la presente investigación, recibiendo respuesta favorable a la solicitud además de la solicitud para poder realizar el trabajo dentro de los centros geriátricos (Anexo 6-7-8).

Para la recolección de los datos de la investigación se procedió a la determinación del tamaño muestral mediante formula estadística, al mismo tiempo se solicitó al personal de cada centro geriátrico, que nos ayude con información de los pacientes que puedan colaborar en nuestra investigación de acuerdo al número de participantes requeridos (n=60).

Para la aplicación del instrumento de recolección se acudió a los centros geriátricos de la ciudad de Loja de los participantes donde se recabó sus datos personales en la hoja de preguntas (Anexo 6, 7), así como la supervisión de la utilización de las historias clínicas de los pacientes, y se solicitó el asentimiento a participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.

Se valoró la historia clínica del paciente para corroborar la existencia de patologías preexistentes de las cuales muchos de los diagnósticos estaban certificados por facultativos de

instituciones de salud privadas tanto locales, como de otras provincias, además del apoyo brindado por el personal de salud que labora en cada centro geriátrico, el cual nos dio acceso a toda la documentación pertinente para el presente estudio.

### **5.7 Materiales.**

- Historias clínicas.

### **5.8 Plan de procesamiento de datos.**

La información obtenida fue tabulada y analizada mediante la utilización del sistema Excel, formulas aplicadas y sus resultados presentados mediante la utilización de tablas.

## 6. Resultados

### 6.1. Primer Objetivo

Caracterizar a la población socio-demográficamente según: edad, sexo, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, ocupación.

Tabla Nro. 1

*Caracterización Socio demográfica de adultos mayores de los centros geriátricos de Loja, según sexo y estado civil, Loja 2021*

TOTAL	SEXO	N:	%
	Masculino	32	56
	Femenino	28	44
TOTAL		60	100
	ESTADO CIVIL		
	Soltero	2	1,5
	Divorciado	0	0
	Viudo	54	93.3
	Unión Libre	4	5,2
TOTAL		60	100

Fuente: Tablas Elaboradas

Elaboración: Hernán Andrés Cárdenas Fernández

**Análisis:** En la población adulta mayor de estudio predomina el sexo masculino con una relación 56% que corresponde al sexo masculino, respecto al estado civil el 93.3 % de los casos son viudos y el 1.5% son solteros.

Tabla Nro. 2

*Caracterización Socio demográfica de 60 adultos mayores de los centros geriátricos de Loja, procedencia y nivel de estudio, Loja 2021*

TOTAL	Procedencia	N:	%
	Rural	11	11.3
	Urbana	49	88.7
TOTAL		60	100
	Nivel de instrucción		
	Ninguno	5	5,3
	Primaria	49	88,2
	Secundario	7	6,5

	Superior	1	1
<b>TOTAL</b>		60	100

**Fuente:** Tablas Elaboradas

**Elaboración:** Hernán Andrés Cárdenas Fernández

**Análisis:** La mayoría de la población adulta procede de área urbana constituyendo el 88.7% y en menor porcentaje proceden del aérea rural 11,3%; de ello el 88,2 % curso estudios de primaria siendo el nivel de instrucción predominante y 1% curso el nivel superior constituyendo la minoría.

### Tabla Nro 3

#### *Caracterización Socio demográfica de adultos mayores de los centros geriátricos de Loja, según su ocupación, Loja 2021*

Ocupación Anterior	N:	%
Trabajo doméstico	32	50,3
Empleado	0	0
Comerciante	1	5,6
Agricultor	13	19.1
Obrero	2	2.6
Artesano	1	1.3
Otros	6	13.5
<b>TOTAL</b>	60	100

**Fuente:** Tablas Elaboradas

**Elaboración:** Hernán Andrés Cárdenas Fernández

**Análisis:** La mayor parte de adultos mayores laboran previo a su estadía en los centros geriátricos en trabajo doméstico como amas de casa o (50,3%) y en la agricultura (19.1) mientras que la menor parte de adultos laboran con empleado privado 0% mientras unos residen de manera permanente en los centros geriátricos.

## 6.2. Segundo Objetivo

Determinar cuáles son las enfermedades más frecuentes que se presentan en el adulto mayor de los centros geriátricos de la ciudad de Loja

Tabla Nro 4

***Distribución de adultos mayores de los centros geriátricos según enfermedad crónico degenerativas. Loja 2021***

<b>Enfermedad Crónico degenerativa</b>	<b>N:</b>	<b>%</b>
Cardiopatías	1	1
Hipertensión Arterial	26	37,5
Diabetes Mellitus	15	14,6
Deterioro Cognitivo Fisiológico	8	7,6
Enfermedad Arterial Periférica	1	1
Sarcopenia	15	14,6
Otras	6	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Tablas Elaboradas

**Elaboración:** Hernán Andrés Cárdenas Fernández

**Análisis:** Se pudo constatar que todos los pacientes de tercera edad padecían de algún tipo de enfermedad crónica, de cuáles son las principales enfermedades crónico degenerativas, además del total de patologías encontradas en nuestra población de 60, el cual nos da un resultado de 72, lo que manifiesta que muchos de nuestros pacientes padecen no sola una, sino hasta 3 patologías crónicas, lo cual es un problema de salud muy importante.

### **6.3. Tercer Objetivo**

Construir una propuesta de atención integral del adulto mayor y familiares en riesgo de los centros geriátricos de la ciudad de Loja.

En base a nuestro estudio, se pudo elaborar una historia clínica (Anexo 10) la cual abarca más profundamente temas relacionados con el adulto mayor que una historia clínica tradicional, ya que muchos de los centros geriátricos poseen una historia clínica de manera más superficial, en nuestro estudio se planteó una historia clínica exclusiva para el adulto mayor, la cual nos permitirá profundizar de manera más objetiva acerca de las patologías que presente así como también se incluyó diferente tipo de dietas para nuestros pacientes (Anexo 11), además del cuidado de las enfermedades crónico degenerativas que presentaron es nuestro estudio, donde se busca: primero controlar de mejor manera las enfermedades crónica degenerativas, segundo ayudar a evitar la progresión de las mismas a complicaciones mayores, a su vez reduciendo el impacto de las enfermedades crónicas degenerativas en los adultos

mayores como en las generaciones del núcleo familiar, igualmente en el sector de salud pública donde representan un gran impacto tanto social como económico, para de esta manera ayudar a mejorar la calidad de vida, y reducir los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico degenerativas.

## 7. Discusión

El Ministerio de Salud Pública considera a los adultos mayores un grupo privilegiado y al mismo tiempo un grupo de personas vulnerables a muchos riesgos sociales, económicos, de salud entre otros por lo que trata de remediar este hecho con múltiples programas que se han instalado a lo largo de este tiempo. Según el nivel de instrucción primaria de los adultos mayores se encuentran el 80.7% con estudios de nivel primario. Los resultados obtenidos según el estudio de este grupo de pacientes, en los centros geriátricos de la ciudad de Loja nos da la pauta, para poder tener una visión de cuáles son las patologías que afectarían en la ciudad de Loja, de tal manera la importancia de este estudio ya que es un problema de salud pública, el cual representa prioridad de recursos y esfuerzo por parte del sistema de salud de Ecuador para atender a este sector vulnerable. En la presente investigación se logró constatar una predisposición del género masculino 53% a desarrollar enfermedades crónico degenerativas más frecuentes.

Un estudio denominado perfil de salud enfermedad de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas del hogar Miguel Iléon en la provincia de Cuenca por Universidad de Cuenca; el estudio referido ayudo a un mayor visión de realidad de enfermedades patológicas que presentan en esta etapa de vida donde los resultados son importantes, puesto que, permite identificar las tasas de incidencia de las Enfermedades Crónico Degenerativas, así como el manejo del perfil de salud de dicha población. El incremento de las tasas de enfermedades crónico degenerativas, representa uno de los desafíos sanitarios más relevantes para la salud y el estado debido a los altos costos que demanda sobrellevarlas (Mora & Guamán, 2017, p.3)

En cuanto a la patologías más frecuentes, los resultados arrojan que las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes son en un 37.5% es hipertensión arterial, con un 14,6% comparten diabetes y sarcopenia, seguida de deterioro cognitivo fisiológico con 7.6%, cardiopatías junto a enfermedad arterial periférica 1% y otras un 5,4%, en nuestra población, pero cabe indicar que muchos de nuestros pacientes pueden padecer hasta 3 o 4 enfermedades, lo cual es un muy alto riesgo de desarrollar una comorbilidad aún más grave de la enfermedad de base que presenta. La población más afecta son los adultos longevos cuya edad oscila entre los 85 a 99 años de edad.

En el estudio de provisión de servicios de salud en Ecuador para enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) en adultos mayores realizado en la ciudad de Quito con un población de estudio a nivel nacional , nos menciona la prevalencia de hipertensión 85%, diabetes 60% y

enfermedades cerebrovasculares 60% en este grupo de atención prioritaria y los principales direccionamientos de política adoptados por las entidades pertinentes (OPS, MSP, MIES, IESS, entre otras) con el fin de brindar una estrategia de política que permita enmarcar a la salud pública en un nuevo paradigma orientado no sólo a la salud curativa sino a la prevención y promoción de salud (Grace & Torres, 2015, p.4).

Por otra parte, se pudo constatar en la investigación que de los adultos mayores, el 54.4% se realizan controles médicos cada 15 días y el 37.1% mensualmente; así mismo la administración de fármacos necesarios para controlar sus enfermedades la realizan diariamente en un 92,8% y a veces en un porcentaje del 7,2%. Controles médicos y administración de medicación que resulta acorde a sus necesidades.

La comunidad y los centros capacitados en atención y cuidados en adultos mayores son los entes que deben emitir la información científica acerca de problemas de enfermedades crónico degenerativas y planificar tareas para llegar a todas las familias y al adulto mayor, por su parte debe existir un dispensario médico encargado de asesorar y educar a estas personas sobre las enfermedades que ya poseen para en lo posterior no complicar su estado

El estudio efectuado por acerca de valoración integral de la universidad de Sabana en Bogotá – Colombia. Es fundamental preguntarse si la formación médica actual está preparada para afrontar las necesidades y expectativas de este grupo de edad y si las políticas de salud vigentes se orientan hacia este gran reto. Creemos que un primer paso hacia este propósito es que el médico familiar tenga dentro de su esquema de atención un abordaje del paciente geriátrico desde la perspectiva multidimensional, valorando no sólo los aspectos clínicos, sino también los factores psicosociales y funcionales, y que involucre a diversos actores como el sistema de salud, la familia, los organismos gubernamentales, etcétera. Solamente una visión holística permitirá entender al adulto mayor en su real dimensión, garantizando una atención adecuada y efectiva (Domínguez. 2016, p. 6).



## 8. Conclusiones

- Los adultos mayores tienen una edad media de 76 años, siendo el sexo masculino el más frecuente se pudo conocer que 8 de cada 10 adultos mayores está representado por el estado civil viudo, a su vez 7 de cada 10 adultos mayores se desempeñan en los quehaceres de la casa y apenas 1 de 10 sigue laborando.
- La edad que más se ve afectada por las enfermedades crónicas degenerativas son los pacientes adultos mayores longevos de 85 a 99 años, los cuales pueden padecer 3 enfermedades a la vez de las cuales muchos no están conscientes del peligro que representa padecer un conjunto de enfermedades, siendo las más comunes en nuestro medio, hipertensión arterial, diabetes mellitus, sarcopenia, deterioro cognitivo fisiológico.
- Una atención integral mejora la calidad de vida de los pacientes, así como la promoción y prevención en salud ayuda a los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas degenerativas a controlar de mejor manera su evolución o evitando su progresión a complicaciones más graves, para así controlar un problema de salud pública a largo plazo.

## 9. Recomendaciones

- **Para el personal médico:** Un trabajo conjunto con el personal médico, familiar y comunitario en la detección temprana de enfermedades crónicas, ayudaría en la prevención de posibles complicaciones o su aparición, de tal manera que evitamos el gran impacto que representa en la salud pública estas patologías asociadas.
- **Para el MSP:** Promover políticas públicas primero para vinculación de comunidad en general con la población adulta mayor ya que es un grupo vulnerable, también promover primero la visita a los centros atención a la ciudadanía como medida de prevención de la población adulta joven de enfermedades futuras y la construcción de centros de diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas basada en la historia familiar del paciente.
- **Para la comunidad Lojana:** La capacitación y prevención, como a su vez acudir al facultativo es una responsabilidad de todos, para así prevenir factores de riesgo de las patologías con mayor frecuencia en nuestra provincia, conjuntamente de la importancia del cuidado del adulto mayor y sus derechos a tener una excelente calidad de vida, así como un trato justo y equitativo.

## 10. Referencia bibliográfica

- Alejandro L Suay, M. O. (2015). Anciano Frágil. *Guía de Actualización Clínica*.30-55
- Álvarez González, K., Madera Aguiá, Y., Díaz Calzada, M., Naranjo Ferregut, J. A., & Delgado Cruz, A. (2017). Caracterización de adultos mayores con anemia. *MediSan*, 21(11), 3227-3234
- AMIR. (2018). Tema 11 Hipertension Arterial. *AMIR*.
- Arévalo-Avecillas, D., Game, C., Padilla-Lozano, C., & Wong, N. (2019). Predictores de la calidad de vida subjetiva en adultos mayores de zonas urbanas y rurales de la provincia del Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 30(5), 271-282.
- Barrón, V., Rodríguez, A., & Chavarría, P. (2017). Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 44(1), 57-62.
- Brandao de Carvalho, A. L., Dantas de Sá Tinôco, J., Costa Andriola, I., Santos Cossi, M., Galvão Pinto, E. S., & Brandão Batista dos Santos, P. F. (2017). Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos. *Gerokomos*, 28(3), 127-130
- Benavides, D. C. (2017). Deterioro Cognitivo en Adulto Mayor. *Revista Mexica de Anestesiología*.
- Bustamante, M. A., Lapo, M. D. C., Torres, J. D., & Camino, S. M. (2017). Factores socioeconómicos de la calidad de vida de los adultos mayores en la provincia de Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 28(5), 165-176
- Castro Espinoza, D. A., & Montoya Méndez, Á. J. (2019). *Reserva cognitiva y deterioro cognitivo en usuarios del centro de atención integral del adulto mayor*. Guano, 2018 (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2019).
- Casilimas, G. G. (2017). Fisiopatología de la Hipertension Arterial Secundaria a Obesidad. *CARDIOL.MEX*.
- Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista médica de Chile*, 146(3), 315-322
- Chande., H. (2017). Salud y Envejecimiento. *SaludMex*.
- Chiang, R. V. (2018). Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. *Clinica Condes*.
- Dominguez, A. M. (Marzo de 2016). Atención Geriátrica Integral . *Elsevier*, 89.
- Fabregat, J. B. (2017). Artrosis. *Enfermedades Reumáticas*.

- Flores-Herrera, B. I., Castillo-Muraira, Y., Ponce-Martínez, D., Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, E. G., & Durán-Badillo, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 83-88.
- Gálvez, M., & Chávez, H. (2017). Utilidad de la Valoración Geriátrica Integral en la Evaluación de la Salud del Adulto Mayor. *Revista Médica Perú Salud pública*.
- García, A. J. (2016). La obesidad como factor de riesgo. *Revista Cubana de atención integral. Geriatria*, Sociedad Española de. (2017). Síndrome Geriátricos. *Geriatria adulto mayor*, 4, 5.
- Gómez, J., & Curcio, C. (2016). *Salud del Anciano : Valoración* (2ª edición ed., Vol. 3). Manizales, Colombia: Blanecolor S.A.S.
- Gómez-Piqueras Dr, P., & Sánchez-González Lic, M. (2019). Entrenamiento de intervalos de alta intensidad (HIIT) en adultos mayores: una revisión sistemática. *Pensar en movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 17(1), 145-165
- González, C. A. (2018). Funcionalidad y Salud del envejecimiento. *Salud pública Mex.*
- González, R. G. (Abril de 2016). Visión panorámica de las enfermedades crónico-degenerativas. *ELSEVIER*.
- Grace, R., & Torres, C. (2015). Formulación de políticas direccionadas a la provisión de servicios de salud en Ecuador para Enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores. 120.
- Grau, P. W. (2018). Fisiopatología Hipertensión Arterial Nuevos conceptos. *Peru Medicina Interna*.
- Hechaverría, C. R., & Fernández, F. (2017). Atención del Adulto Mayor. *Revista Cubana*.
- Hernández, D. N. (2016). Diabetes Mellitus Reto de la Salud Pública. *FINLAY*.
- Chiang, R. V. (2018). Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. *Clinica Condes*.
- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K. D. C., Campo Torregroza, E., & Martín Carbonell, M. D. L. C. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141
- López, J. C. (2016). Hipertensión Arterial y accidente cerebro vascular en el anciano. *ELSEVIER*.
- Marín, P. P. (2015). *Geriatria y Gerontología* (Tercera edición ed.). Chile: P.U.C. 35-80
- Marín Pérez, S. L. (2021). Valoración fisioterapéutica del equilibrio y la marcha de la persona de la tercera edad del centro integral de atención al adulto mayor, de la municipalidad del distrito de Punchana en el año 2020.
- Millán, J. C. (2016). *Principios de Geriatria y Gerontología* (Cuarta edición ed.). España.

- Nieto, G., Junior's, A., & Ponce Cerna, L. A. (2017). Centro de Atención Integral y Aprendizaje Intergeneracional para el Adulto Mayor.
- Nemerovsky, J. (2017). Sarcopenia. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*.
- Olga Mendo Serrano, M. O. (2016). ANCIANO FRAGIL.
- OMS. (2018). *Enfermedades Crónico Degenerativas*. Recuperado el julio de julio de 2019, de Organización Mundial de la Salud: [www.who.int](http://www.who.int)
- Ortiz-Benavides, R. E., Torres-Valdez, M., Sigüencia-Cruz, W., Añez-Ramos, R., Salazar-Vílchez, J., Rojas-Quintero, J., & Bermúdez-Pirela, V. (2016). Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública*, 33, 248-255
- Pinedo, A., García-Moraga, C., Lugo-Sepulveda, E., & Enciso-Martínez, Y. (2017). Enfermedades crónico degenerativas en pacientes que acuden a Unidad de Especialidades Médicas. *Revista Iberoamericana de Ciencias,[Internet]*, 4(5), 92-97
- Pérez, M. D. L. M. R., Hernández, P. S., & Rojas, L. D. L. M. M. (2014). Gerontología y Geriatria, un recuento de poco más de un siglo. *Acta Médica del Centro*, 8(1), 95-98
- Poblete, F., Barticevic, N., Sapag, J. C., Tapia, P., Bastías, G., Quevedo, D., ... & Pérez, G. (2018). Apoyo social percibido en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. *Revista médica de Chile*, 146(10), 1135-1142.
- Quiroga, M. I. (2016). Hipertension Arterial y Aspectos Genéticos. *AN FAC MED*.
- Roca, M., & Narcisa, B. (2017). Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas–Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud. *Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561>*.
- Russo, M. J., Kañevsky, A., Leis, A., Iturry, M., Roncoroni, M., Serrano, C., ... & Zuin, D. (2020). Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Neurología Argentina*, 12(2), 124-137
- Sociedad española de Geriatria y Gerontología. (2019). Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor.
- Unidas, N. (2017). Perspectivas de población mundial. *Asuntos Economicos y sociales*, 2.
- Universidad de Cuenca. (2017). Perfil- de salud enfermedad de los adultos mayores con enfermedades crónico denegerativas del Hogar Miguel Leon. 80.
- Vallejos, R. G. (2019). Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. *Revista Chile Obstetricia y Ginecologia*.
- Vega, M. M. (2017). Artritis Reumatoide. *Revista cubana de reumatología* 3 (1),40-55

Vélez, E. E. E., Centeno, M. R. F., Zevallos, M. G. V., & Vélez, J. A. S. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Recimundo: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74.

## 11. Anexos

### 11.1 Anexo 1

		Universidad Nacional de Loja	CARRERA DE MEDICINA	Facultad de la Salud Humana
---	---	------------------------------	---------------------	-----------------------------

**MEMORÁNDUM Nro.0524 CCM-FSH-UNL**

**PARA:** Padre Alcivar Chavez  
**DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO GERIÁTRICO SAN JOSE**

**DE:** Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 22 de Octubre 2019

**ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para el **Sr. Hernán Andrés Cárdenas Fernández**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, se le autorice el ingreso para realizar una entrevista dirigida a los pacientes que se encuentren en condiciones de responder, además acceso a las Historias Clínicas; información que le servirá para cumplir con el trabajo de investigación **"Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Angel Ordoñez**, Catedrático de esta Institución, el estudiante guardara la respectiva confidencialidad y ética.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

  
Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo.  
NOT







## 11.2 Anexo 2

		Universidad Nacional de Loja	CARRERA DE MEDICINA	Facultad de la Salud Humana
---	---	------------------------------------	---------------------	-----------------------------------

**MEMORÁNDUM Nro.0175 CCM-FSH-UNL**

**PARA:** Dr. Angel Ordoñez  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Claudio Torres  
**GESTOR ACADÉMICO(E) DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 06 de Junio de 2019

**ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA**


-----

Por medio del presente me permito enviar a usted el proyecto de investigación: **“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja”**, autoría de la **Srta. Hernán Andrés Cárdenas Fernández**, estudiante de la Carrera de Medicina, a fin de que se sirva emitir la respectiva pertinencia, en cuanto a su coherencia y organización, debiendo recordar que la emisión será remitida la Dirección de la Carrera hasta en ocho días laborables.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,

  
Dr. Claudio Torres  
**GESTOR ACADÉMICO(E) DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo.  
NOT



 Scanned with  
CamScanner



## 11.3 Anexo 3



**UNL**

Universidad  
Nacional  
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad  
de la Salud  
Humana

### MEMORÁNDUM Nro.0383 CCM-FSH-UNL

**PARA:** Sr. Hernán Andrés Cárdenas Fernández  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 12 de Agosto de 2019

**ASUNTO:** INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "Enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Angel Ordoñez, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y **PERTINENTE**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.  
NOT



## 11.4 Anexo 4



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad  
de la Salud  
Humana

### MEMORÁNDUM Nro.0382 CCM-FSH-UN

**PARA:** Dr. Angel Ordoñez  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**DE:** Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 12 de Agosto 2019

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema: **"Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja"**, autoría del Sr. **Hernán Andrés Cárdenas Fernández**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

C.c.- Archivo.

NOT



## 11.5 Anexo 5

### Cambio de director de tesis.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

#### MEMORÁNDUM Nro.0159 DCM-FSH-UNL

**PARA:** Dra. Angelica Gordillo  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA  
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 22 de marzo de 2021

**ASUNTO:** Designar Nuevo Director de Tesis

---

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designada como **nueva directora** de tesis del tema: **“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja”**, autoría del **Sr. Hernán Andrés Cárdenas Fernández**, en vista que el Dr. Ángel Ordoñez se acogió al derecho de jubilación.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



firmado electrónicamente por:  
**TANIA VERONICA  
CABRERA FARRA**

Dra. Tania Cabrera  
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA  
DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c.- Archivo, Estudiante.  
**NOT**



## 11.6 Anexo 6

### Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a usted porque ha sido seleccionado para participar en el estudio titulado “Enfermedades Crónico Degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja”

#### **INVESTIGADOR:**

Hernan Andrés Cardenas Fernández

**DIRECTOR DE TESIS:** Dra. Angélica Maria Gordillo, Esp.

#### **Introducción:**

Yo, Hernan Andrés Cardenas Fernández, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando un estudio en busca Enfermedades Crónico Degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente de la ciudad de Loja. A continuación, le pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. Si tiene alguna duda no dude en preguntar.

#### **Propósito**

Este estudio se efectúa con propósito de determinar cuál es el riesgo de presentar este trastorno en nuestra localidad, dado que no se cuenta con un panorama actual de este problema, por su repercusión en la calidad de vida de las personas y por ser una situación que en ocasiones es infravalorada.

#### **Tipo de intervención de investigación**

Aplicación de cuestionario y toma de medidas antropométricas., presión arterial, glucosa, revisión de historia clínica.

#### **Selección de participantes**

Las personas seleccionadas son adultos mayores perteneciente a los centros geriátrico de Loja con edad comprendida entre 65 años o mas

#### **Participación voluntaria**

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio aun cuando haya aceptado.

#### **Información sobre la encuesta:**

Esta encuesta consta de pocas preguntas, en la cual se le interrogará sobre ciertas condiciones en relación con el dormir, cansancio diurno, presión arterial; conjunta toma de medidas antropométricas para determinar masa muscular, glucemia en algunos casos

Para la aplicación del cuestionario será en el centro geriátrico y la obtención de la historia clínica será en la enfermería del establecimiento geriátrico

**Duración:**

El estudio tiene una duración aproximada de 3 meses; la aplicación del cuestionario y la toma de datos antropométricos requiere como máximo 10 minutos de su tiempo.

**Beneficios:**

Si usted acepta participar en este estudio, obtendrá los siguientes beneficios: podrá conocer su riesgo de padecer alguna enfermedad crónica degenerativa y el manejo adecuado de la misma.

**Confidencialidad:**

Este estudio requiere el aporte de sus datos personales para seguimiento y análisis estadístico, a pesar de ello la información obtenida será confidencial y solo estará disponible para el investigador, únicamente serán públicos los resultados compilados.

**Compartiendo los resultados:**

La información que se obtenga al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja, en la cual se publicaran los resultados a través de datos numéricos. No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

**Derecho a negarse o retirarse.**

Usted no tiene obligación absoluta de participar en este estudio si no desea hacerlo.

**A quién contactar:**

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla en este momento, o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico [andr\\_099@hotmail.com](mailto:andr_099@hotmail.com) o al número telefónico 0993269667

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo ....., estoy de acuerdo en participar de la tesis titulada: Enfermedades Crónico Degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente de la ciudad de Loja” de autoría del señor Hernán Andrés Cardenas Fernández, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. Se me ha brindado toda la información en relación a la investigación y recolectado datos personales.

Mi participación es voluntaria, **he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento**, por lo cual y para que así conste firmo este consentimiento informado del estudiante que me brindó la información.

**Nombre del Participante:** .....

**Firma del Participante:** .....

**Fecha: (dd/mm/aa):** .....

## 11.7 Anexo 7



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA MEDICINA

El formato de esta entrevista es analizar, cuantificar y evaluar algunas de las dificultades que presenta el adulto mayor y a la vez identificar patologías corroborando la información con la Historia Clínica del Paciente.

**TEMA:**

**“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en los centros geriátricos de la ciudad de Loja”**

**Centro Geriátrico:**

**Nombre:**

**Edad:**

**Sexo:**

<b>N</b>	<b>ITEMS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
1	¿Padece alguna enfermedad?			
2	¿Toma medicación?			
3	¿Tienen algún familiar con alguna enfermedad?			
4	¿Se alimenta normalmente?			
5	¿Realiza actividad física acorde a su edad?			
6	¿Padeció algún tipo de vicio?			
7	¿Se realiza chequeos con regularidad?			
8	¿Necesita ayuda para realizar alguna actividad?			
9	¿Acude al baño normalmente?			

## 11.8 Anexo 8



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA MEDICINA

El formato de esta entrevista es analizar, cuantificar y evaluar algunas de las dificultades que presenta el adulto mayor y a la vez identificar patologías corroborando la información con la Historia Clínica del Paciente.

**TEMA:**

**“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en los centros geriátricos de la ciudad de Loja”**

**Centro Geriátrico:**

**Nombre:**

**Edad:**

**Sexo:**

<b>N</b>	<b>ITEMS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
1	CARDIOPATIAS			
2	ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA			
3	DETERIORO COGNITIVO FISIOLÓGICO			
4	INCONTINENCIA			
5	HIPERTENSION			
6	DIABETES			
7	SARCOPENIA			
8	ARTROSIS			
9	OTRAS			

## 11.9 Anexo 9

### Centros geriátricos de la ciudad de Loja



**Pacientes participan con total libertad**





## Toma de presión arterial a pacientes



## Revisión de Historia clínica bajo tutela del doctor responsable



## Verificación de Medicamentos utilizados y tener información veras



## 11.10 Anexo 10

### HISTORIA CLINICA

#### I. IDENTIFICACIÓN

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Sexo  H  M

Estado Civil:

Soltero  Casado

Separado  Viudo

Unión Libre

Persona Responsable:  SI  NO

¿Cuántos años de educación completa tuvo usted? \_\_\_\_\_ años

#### II. ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL: Presentación de síntomas orientados por problemas y siempre de evolución.

---

#### AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

Salud General: Considera su salud:

Muy buena  Mala

Buena  Muy mala

Término medio

#### HISTORIA DE CAÍDAS

En el último año se ha caído al piso

SI  NO (Si la respuesta es *NO* pase a la pregunta sobre temor a caer)

¿Cuántas veces: \_\_\_\_\_ Lugar de caída \_\_\_\_\_

Causa:

Se tropezó

- Se deslizo
- Se mareó y se cayó
- Otra: especifique \_\_\_\_\_

¿Qué estaba haciendo en el momento de la última caída? \_\_\_\_\_

¿Necesitó ayuda de otra persona para levantarse?  SI  NO

¿En la última caída, cuanto tiempo estuvo en el piso? \_\_\_\_\_ (Segundos)

Por una caída en el último año tuvo lesiones:

- | SI                       | NO                       |   |             |
|--------------------------|--------------------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se fracturó                             | Sitio _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se disloco o torció algo                | Sitio _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se hirió                                | Sitio _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se golpeó la cabeza y lo hospitalizaron |             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otra lesión                             | Cual _____  |

¿Por alguna caída en el último año tuvo necesidad de consulta?  SI  NO

Sí, sí No. De veces: \_\_\_\_\_ Sitio de consulta \_\_\_\_\_

A consecuencia de una caída en el último año, estuvo usted incapacitado para:

- | SI                       | NO                       |                           |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Caminar dentro de la casa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hacer oficio en la casa   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ir a trabajar             |

¿Tiene miedo a caer?

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> Poco    | <input type="checkbox"/> Mucho   |

¿En caso afirmativo, por miedo a caer ha suspendido alguna actividad que usualmente realizaba?

SI  NO

### III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

#### CARDIOVASCULARES:

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> H.T.A | <input type="checkbox"/> Angor pect. |
| <input type="checkbox"/> I.M.A | <input type="checkbox"/> Arritmias   |
| <input type="checkbox"/>       |                                      |

Insuficiencia cardiaca  Otros \_\_\_\_\_

**SISTEMA PULMONAR:**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> E.P.O.C       | <input type="checkbox"/> Neumonía    |
| <input type="checkbox"/> T.B.C         | <input type="checkbox"/> Asma        |
| <input type="checkbox"/> Neumoconiosis | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

**SISTEMA OSTEOARTICULAR:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> A.R           | <input type="checkbox"/> Otros _____  |

**SISTEMA ENDOCRINO:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Dislipoproteinemia |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo    | <input type="checkbox"/> Hiperuricemia      |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo   | <input type="checkbox"/> Otros _____        |

**TRACTO DIGESTIVO:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hernia hiatal      | <input type="checkbox"/> Sangrado digest. Alto |
| <input type="checkbox"/> Enf. Acido péptica | <input type="checkbox"/> Sangrado digest. Bajo |
| <input type="checkbox"/> Ulcera Gastrica    | <input type="checkbox"/> Ulcera Duodonal       |
| <input type="checkbox"/> Trast. de colon    | <input type="checkbox"/> Constipación          |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____       |  |

**SISTEMA NEUROLÓGICO:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ECV Trombotico  | <input type="checkbox"/> Sx. Vertiginoso |
| <input type="checkbox"/> ECV Hemorragico | <input type="checkbox"/> Demencia        |
| <input type="checkbox"/> ECV Embolico    | <input type="checkbox"/> Mareos          |
| <input type="checkbox"/> ACV Lacunar     | <input type="checkbox"/> Sx. Confusional |
| <input type="checkbox"/> Enf. Parkison   | <input type="checkbox"/> I.C.T           |
| <input type="checkbox"/> Neuropatias     | <input type="checkbox"/> Otros _____     |

**NEOPLASIAS:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ca de mama     | <input type="checkbox"/> Basocelular      |
| <input type="checkbox"/> Ca de cérvix   | <input type="checkbox"/> Ca espinocelular |
| <input type="checkbox"/> Ca de próstata | <input type="checkbox"/> Melanoma         |
| <input type="checkbox"/> Ca de pulmón   | <input type="checkbox"/> Ca gástrico      |
| <input type="checkbox"/> Ca tiroides    | <input type="checkbox"/> Ca colon         |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____   |   |

**OTROS:**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vasculopatía arterial | <input type="checkbox"/> Anemias |
| <input type="checkbox"/>                       |                                  |

Vasculopatía venosa       Sx inmovilización  
 Síncope                       Otros: \_\_\_\_\_

**IV. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V. HISTORIA FARMACOLÓGICA:**

Numero de medicamentos: \_\_\_\_\_

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

SI  NO

**AUTO PRESCRIPCIÓN**

SI  NO

Previa \_\_\_\_\_

Previa \_\_\_\_\_

Actual \_\_\_\_\_

Actual \_\_\_\_\_

¿Dificultades en el cumplimiento del tratamiento farmacológico?  NO  SI

¿Por qué?

SI NO

Factores Económicos

Factores salud física

Factores cognoscitivos

Otros

**VI. ANTECEDENTES FAMILIARES**

SI NO

H.T.A

Diabetes Mellitus

Cardiopatías

TBC

Asma

Enf. Reumáticas

Demencia

SI NO

Depresión

Epilepsia

Cáncer

Obesidad

Enf. Renales

Otros \_\_\_\_\_

**VII. HÁBITOS**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No. Paquetes año (años que fumó por paquetes día)
	SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo actual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingesta alcohol actual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia diaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (t) _____

**VIII. ATENCION INTEGRAL FAMILIAR**

	SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Antecedentes de alguna patología
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Toma alguna medicación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Realiza controles preventivos con su medico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Realizados exámenes de laboratorios de rutina

## 11.11 Anexo 11 Trípticos



Universidad  
Nacional  
de Loja

Autor: Hernán Andrés Cárdenas

“Enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja.”

### DIABETES MELLITUS

Para ponerlo de manera sencilla, se tiene diabetes mellitus cuando hay demasiada azúcar circulando en su corriente sanguínea

#### Signos y síntomas más comunes

- Necesidad frecuente de orinar
- Heridas que no sanan
- Sed excesiva
- Visión Borrosa
- Pérdida de sensibilidad
- Pérdida de peso
- Disminución del deseo sexual



### FACTORES QUE SUBEN TU GLUCOSA

- Demasiada comida
- Sedentarismo
- Enfermedades
- Estrés
- Días calurosos

**DIABETES**

### SALUD INTEGRAL

Estado de bienestar ideal se logra cuando existe un correcto balance entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales.

#### ENFERMEADES CRONICO DEGENERATIVAS

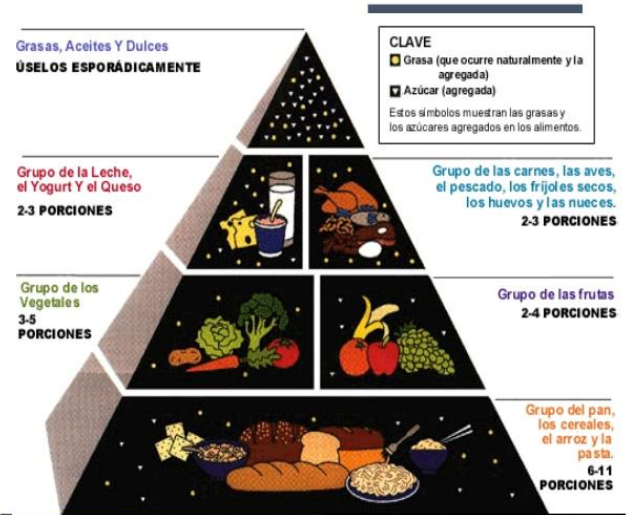
Son aquéllas que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, provocan un desequilibrio y afectan a los órganos y tejidos, pueden ser congénitas o hereditarias

### FRUTAS PARA DIABÉTICOS

Estas porciones contienen 60 cal. y 15 g. de azúcar.

- Papaya: 1 taza
- Pera: ½ unidad grande (120 g)
- Uvas: 17 unidades (90 g)
- Damascos: 4 unidades
- Ciruelas: 2 unidades
- Durazno: 1 unidad mediana (180 g)
- Arándanos: ¾ taza
- Toronja: ½ unidad
- Plátano: ½ unidad mediana (120 g)
- Naranja: 1 unidad pequeña (195 g)
- Fresas: 1 ¾ taza
- Manzana: 1 unidad pequeña (120 g)
- Cerezas: 12 unidades (90 g)

El consumo de cantidades adecuadas de frutas ha demostrado disminuir el riesgo de diabetes tipo 2 hasta en un 21%. Se recomienda ingerir 5 porciones de frutas al día.



#### LA LISTA VERDE (alimentos a priorizar)

- ✓ Verduras sin almidón (tomates, espárragos etc.)
- ✓ Carnes y pescados (ternera, salmón, gambas etc.)
- ✓ Huevos (camperos, clase 0-1)
- ✓ Aguacates (cualquier variedad)
- ✓ Lácteos (queso, leche, nata etc.)

#### LA LISTA NEGRA (alimentos a evitar)

- ✗ Edulcorantes artificiales (sacarina, aspartamo, sucralosa etc.)
- ✗ Azúcar y derivados (jarabe de glucosa/fructosa, sirope de agave, dextrosa etc.)
- ✗ Carbohidratos refinados (pan blanco, pasta, harinas refinadas etc.)
- ✗ Ultraprocesados (bollería, papas, etc.)

## PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD



**“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja.”**

**Factores de riesgo**

- Tabaquismo
- Estrés
- Genética familiar
- Consumo excesivo de alcohol
- Sedentarismo y sobrepeso
- Mala alimentación

**PRECUACION...!!!**

**! Hipertensión arterial**

La presión elevada de manera crónica puede desgastar los vasos sanguíneos de los ojos.

Aumenta la probabilidad de accidentes cerebrovasculares.

Aumenta probabilidad de infartos, Fallas cardíacas o daños en las paredes del corazón y arterias.

La presión elevada puede dañar las arterias de los riñones y afectar su capacidad de filtrado.

**La Hipertensión Arterial es un enemigo silencioso.**

Autor: Hernán Andrés Cárdenas

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En el adulto mayor representa un problema creciente de salud pública, en primer lugar, debido a que la expectativa de vida se incrementa en países desarrollados y la tendencia es similar en países en desarrollo, constituyendo el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional

## HIPERTENSIÓN SIGNOS Y SÍNTOMAS

MAREOS

ARRITMIA

NAUSEAS

VÓMITOS

DESMAYOS

VARIACIONES SÚBITAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL

FATIGA

### Categorías de Presión Arterial

CATEGORÍA DE LA PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA mm Hg (número de arriba)		DIASTÓLICA mm Hg (número de abajo)
NORMAL	MENOS DE 120	y	MENOS DE 80
ELEVADA	120 - 129	y	MENOS DE 80
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN) NIVEL 1	130 - 139	o	80 - 89
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN) NIVEL 2	140 O MÁS ALTA	o	90 O MÁS ALTA
CRISIS DE HIPERTENSIÓN (consulte a su médico de inmediato)	MÁS ALTA DE 180	y/o	MÁS ALTA DE 120

## Decálogo para la prevención de la Hipertensión

- La primera medida para prevenir la aparición de hipertensión es **evitar el sobrepeso** y la obesidad.
- Para evitar una presión arterial elevada siga una **dieta equilibrada**, rica en frutas y verduras.
- Tanto para prevenir como tratar la hipertensión es fundamental **no fumar**.
- Limite el consumo de **alcohol**.
- Reduzca la cantidad diaria de **sal** en los alimentos; sustitúyala por especias o hierbas aromáticas. Evite las salsas, los productos precocinados o en conserva por su **gran contenido en sal**.
- Reduzca al máximo los hidratos de carbono de absorción rápida, como **pasteles, dulces y bollería**, así como **embutidos** y otras grasas saturadas.
- Realizar **ejercicio físico** de forma habitual (andar, correr, nadar, bailar, montar en bicicleta...), le ayudará a controlar el peso y controlar su presión arterial.
- Limite su consumo diario de **café** y otros estimulantes (té, chocolate, bebidas energéticas...).
- Controle periódicamente en casa su presión arterial. Para ello, puede adquirir el **tensiómetro** adecuado en la farmacia.
- Si sigue un tratamiento para la hipertensión es imprescindible mantenerlo en el **tiempo** y realizarlo de forma adecuada.

## CÓMO REDUCIR EL RIESGO DE hipertensión

- 1. Reduce el consumo de sal**
- 2. Haz actividad física a diario**
- 3. Mantén un peso saludable**
- 4. Come alimentos frescos y naturales**

“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja.”

## COMO PREVENIR LA SARCOPENIA



Autor: Hernán Andrés Cárdenas

## SARCOPENIA

La **sarcopenia** es una enfermedad progresiva y generalizada del músculo esquelético, caracterizada por una disminución de la fuerza muscular, de la masa muscular y finalmente del rendimiento físico.



## **11.11 Anexo 11 Proyecto**

### **1. Tema**

Enfermedades Crónico Degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja.

## 2. Problemática

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. (OMS,2017,.p1) En las Américas, más del 80% de las personas que nazcan hoy vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80.” (OMS, 2017, p.1).

En Ecuador existen: 1.049.824 personas mayores de 65 años (6,5% de la población total). El Gobierno implementa políticas públicas basadas en la defensa de los Derechos y en el reconocimiento al valor de la población adulta mayor, cuya participación aumentará progresivamente. “En el año 2020 será del 7,4%. Para el año 2054 se prevé que representen el 18% de la población. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres.” (OMS, 2017, p.1).

En Loja, las enfermedades crónicas degenerativas también poseen un porcentaje alto de predominio como son, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades reumáticas, incontinencia urinaria son las principales causas de morbilidad en el grupo de 65 a 69 años. En el grupo de 70 a 74 años, las mismas causas, pero con porcentajes crecientes y decrecientes. A partir de los 75 años estas causas de agudizan.

La valoración clínica del adulto mayor debe ser una atención integral optima, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción de la autonomía. Este plan debe incluir actividades educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras.

El adulto mayor necesita ciertas atenciones especiales, contemplar las necesidades de los ancianos pasa por incluir una valoración de todas las áreas que le rodean, ya que algunas necesidades se encuentran alteradas, no por el cambio físico y funcional, sino por las barreras arquitectónicas o sociales que le rodean, que van a impedir que se pueda dar respuesta a esa alteración. De igual forma, las alteraciones de la cognición pueden dificultar la capacidad para la realización de otras actividades necesarias para el mantenimiento diario. Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar, o al menos retardar, los síndromes

geriátricos, forma parte de los objetivos de atención a las personas mayores procurando tener una atención integral a este grupo muy importante de individuos. (OMS,2017, p.2)

¿Cuáles son las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja?

### 3. Justificación

El conocimiento de las enfermedades crónico degenerativas y sus necesidades para elaborar un manejo integral además de estrategias para prevención y promoción debe ser la prioridad en la Salud Pública, pues atravesamos una transición que se dirige a los riesgos emergentes asociados con la industrialización, la urbanización y el envejecimiento poblacional , a medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de las 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. Siendo una gran carga social desde el punto de vista económico y como dependencia social e incapacitación además de un gran impacto a nivel de la salud pública.

Cabe señalar que diversos estudios demostraron 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, y un menor impacto en la salud pública, donde si podemos tener mejor control de las patologías y de ser posibles a tempranas edades sus complicaciones serán menores. Además, contar con una atención integral en adultos mayores y adultos jóvenes con factores de riesgo para complicaciones futuras.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo General**

Investigar las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes del adulto mayor en los centros de atención permanente de la ciudad de Loja para construir una propuesta de atención integral.

### **4.2 Objetivos Específicos**

1. Caracterizar a la población socio-demográficamente según: edad, sexo, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, ocupación.
2. Determinar cuáles son las enfermedades más frecuentes que se presentan en el adulto mayor de los centros geriátricos de la ciudad de Loja.
3. Construir una propuesta de atención integral del adulto mayor en los centros geriátricos de la ciudad de Loja.

## Esquema del marco teórico

### 4.1 Historia

### 4.2 Envejecimiento

#### 4.2.1 Tipos de envejecimiento

#### 4.2.2 Adulto Mayor

### 4.3. Adulto Mayor en la familia

### 4.4 Cuidado del adulto mayor

### 4.5 Calidad de vida

#### 4.5.1 Abandono del adulto mayor

#### 4.5.2 Factores de riesgo

#### 4.5.3 Factores de riesgo tipo conductual

#### 4.5.4 Factores de riesgo de tipo fisiológico

#### 4.5.5 Factores de riesgo de tipo demográfico

#### 4.5.6 Factores de riesgo de tipo ambiental

#### 4.5.7 Factores de riesgo genético

### 4.6. Prevalencia atípica de enfermedades en el adulto mayor

#### 4.6.1 Deterioro cognitivo orgánico

#### 4.6.2 Depresión

#### 4.6.3 Enfermedad arterial periférica

### 4.7 Enfermedades crónico degenerativas

#### 4.7.1 Hipertensión arterial

#### 4.7.1.1 Factores predictores y patogénesis

#### 4.7.2 Diabetes mellitus

#### 4.7.2.1 Factores predictores y patogénesis

#### 4.7.3 Sarcopenia

#### 4.7.3.1 Factores predictores y patogénesis

#### 4.7.4 Artrosis

#### 4.7.4.1 Factores predictores y patogénesis

#### 4.7.5 Incontinencia urinaria

#### 4.7.5.1 Factores predictores y patogénesis

#### 4.7.6 Deterioro cognitivo

#### 4.7.6.1 Factores predictores y patogénesis



## 4.8 Atención integral

*4.8.1 Valoración clínica*

*4.8.2 Antecedentes en salud*

*4.8.3 Examen físico*

*4.8.4 Valoración nutricional*

*4.8.5 Valoración funcional*

*4.8.6 Valoración del estado mental*

*4.8.6.1 De la función cognitiva*

*4.8.6.2 De la función afectiva*

*4.8.9 Valoración social*

## 5. Materiales y Métodos

5.1 Enfoque de investigación

5.2 Unidad de estudio

5.3 Universo

5.4 Muestra

5.4.1 Calculo de muestra

5.4.2 Tamaño de muestra

5.4.3 Tipo de muestra

*5.4.3.1 Criterios de inclusión*

*5.4.3.1 Criterios de exclusión*

## 5.5 Técnicas e instrumentos de recolección

5.5.1 Técnicas

5.5.2 Instrumento de recolección de información

*5.5.2.1 Consentimiento informado*

*5.5.2.2 Hoja de información general*

*5.5.2.3 Hoja de preguntas*

*5.5.2.4 Hoja con tabla de patologías*

*5.5.2.5 Hoja de preguntas*

## 5.6 Procedimiento

## 5.7 Equipo y materiales

## 5.8 Plan de procesamiento de datos

## 6. Resultados

6.1 Primer objetivo

6.2 Segundo objetivo

6.3 Tercer objetivo

7. Discusión

8. Conclusiones

9. Recomendaciones

10. Bibliografía

11. Anexos

## **5. Metodología**

El estudio se realizó en los centros geriátricos de la ciudad de Loja, investigando las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes de este grupo vulnerable, en un tiempo estimado de 7 meses.

### **5.1 Enfoque de investigación**

El estudio que se desarrollará será el método descriptivo y cuantitativo, en el que se enfatiza las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes.

### **5.2 Unidad de estudio**

El trabajo de Investigación se llevará a cabo en los centros geriátricos San José, Daniel Álvarez, y la Pradera de la ciudad de Loja

### **5.3 Universo**

Habitantes y usuarios de los centros geriátricos de atención permanente de la ciudad de Loja correspondiente a 100 personas.

### **5.4 Muestra**

Está conformado por los habitantes y usuarios de los centros geriátricos de la ciudad de Loja, que cumplieron los criterios de inclusión en un total de 60 participantes.

**5.4.1 Tipo de muestreo.** Para seleccionar a las personas que participaron se realizó un muestreo tipo selección que cumplan con los criterios.

#### ***5.4.1.1 Criterios de inclusión.***

- Las personas adultas mayores dispuestas a colaborar con la investigación
- Edad entre los 65 años a más.
- Pacientes con alguna patología preexistente

#### ***5.4.1.2 Criterios de exclusión.***

- Pacientes que sus familiares o responsable no conceda la autorización en participar
- Adultos mayores que presenten alteraciones en funciones mentales superiores.

### **5.5 Técnicas e instrumentos de recolección**

**5.5.1 Técnicas.** Para responder a los objetivos propuestos en la investigación se procedió a la aplicación de una entrevista dirigida, toma de medidas antropométricas y aplicación de cuestionario con preguntas simples y entendibles para nuestra población.

#### **5.5.2 Instrumentos de recolección de la información**

**5.5.2.1 Consentimiento informado.** Para conseguir la aprobación del entrevistado se utilizó el consentimiento informado de la Organización Mundial de la Salud (Anexo 5).

**5.5.2.2 Hoja de información general.** Se empleó un formulario donde consta los datos personales de la persona entrevistada y datos de antropometría (Anexo 6).

**5.5.2.3 Hoja de preguntas.** Se empleó unas preguntas simples para los pacientes geriátricos de todas las edades que puedan responder con normalidad.(Anexo 6)

**5.5.2.4 Hoja con Tabla de patologías.** Para conseguir información veraz de cuáles son las principales enfermedades crónico degenerativas a través de las historias clínicas. (Anexo 7)

## 6. Organización de variables

<b>VARIABLE</b>	<b>Definición variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>VALOR FINAL</b>
<b>EDAD</b>	Cantidad de años cumplidos	Años cumplidos desde el momento del nacimiento	Adulto Mayor Joven Adulto Mayor Viejo A. Mayor Longevo Centenarios	Edad registrada en la historia clínica	Números	60 a 74 AM Joven 75 a 84 AM Viejo 85 a 99 AM Mayor Centenario <100
<b>SEXO</b>	Característica genética XX y XY.	Género según sus características sexuales	Hombre Mujer	Sexo registrado en la historia clínica	Genero	Hombre Mujer

<b>Enfermedades crónicas degenerativas</b>	Alteración que produce cambios fisiológicos en la salud humana	Patologías asociadas que afectan la salud normal de un individuo	Hipertensión Diabetes Sarcopenia Incontinencia Deterioro Cognitivo	Toma de PA Glucómetro Historia Clínica Examen Físico Ant Personales. Valoracion Dg.	mmhg mg Resultado del valoración física paciente	Rango Leve Rango Normal Rango Elevado
<b>Atención Integral Adulto Mayor</b>	Servicios esenciales de atención medica	Valoración Clínica de patologías crónico degenerativas.	Adulto Mayor Joven Adulto Mayor Viejo A. Mayor Longevo Centenarios	Pacientes valorados con algún tipo de patología.	Números	60 a 74 AM Joven 75 a 84 AM Viejo 85 a 99 AM Mayor Centenario <100

Autor: Hernán Cárdenas

## 7. Cronograma

	ABRIL 2021		MAYO 2021		JUNIO 2021	JULIO 2021			
ACTIVIDADES	Semana 1 -2	Semana 3-4	Semana 1 -2	Semana 3- 4	TODO EL MES	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<b>APROBACIÓN DEL TEMA</b>									
<b>Visita de los centros geriátricos de la ciudad de Loja</b>									
<b>Entrevista al adulto mayor</b>									
<b>Tabulación de resultados</b>									
<b>Elaboración de organizadores gráficos</b>									
<b>Presentación y análisis de Datos</b>									
<b>Presentación de resultados al director de tesis</b>									

Autor: Hernán Cárdenas

## 8. Presupuesto

<b>Gastos</b>	<b>Valor estimado</b>
Pasajes	<b>\$200</b>
Materiales	<b>\$150</b>
Suministros de oficina	<b>\$100</b>
Impresiones	<b>\$150</b>
<b>Total</b>	<b>\$600</b>



## 12.12 Anexo 12

### Certificado idioma inglés.

Loja, 17 de julio de 2021

**Anghela Michelle Armijos Pazmiño**  
**CERTIFICADO DE CAPACITACION OCUPACIONAL EN FINE-TUNED ENGLISH**

#### CERTIFICO

Que he realizado la traducción de español a inglés del resumen de la tesis **“Enfermedades crónico degenerativas más frecuentes de los adultos mayores en los centros geriátricos de atención permanente y diurnos de la ciudad de Loja”**, de autoría del señor **Hernán Andrés Cárdenas Fernández** con cédula **1104072515**, estudiante de la carrera de Medicina Humana, de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, previo a la obtención del título de Médico General

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.



Firmado electrónicamente por:  
**ANGHELA MICHELLE**  
**ARMIJOS PAZMINO**

**Anghela Michelle Armijos Pazmiño**  
**CERTIFICADO DE CAPACITACION OCUPACIONAL EN FINE-TUNED ENGLISH**