

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS  
PREVALENTES EN LOS ADULTOS MAYORES  
DE LA COMUNIDAD EL TRÉBOL  
PUEBLO NUEVO CHINCHA  
DICIEMBRE 2016**

**TESIS**

**PRESENTADA POR LA BACHILLER  
ROSARIO DEL CARMEN VALENZUELA MANRIQUE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**CHINCHA - PERÚ**

**2017**

**ASESORA DE TESIS: MG. CLARA CLEMENTINA CESPEDES  
MEDRANO**

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Que me supo guiar por el buen camino y ser el ejemplo más grande de amor en este mundo.

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista**

Por permitirme integrarme y formar parte de ella llegando a ser una profesional de calidad.

### **A la Comunidad El Trébol**

Por brindarme las facilidades para poder realizar mi trabajo de tesis

### **A mi asesora**

Por haberme tenido toda la paciencia del mundo, por su perseverancia para guiarme durante todo el desarrollo de mi tesis.

## **DEDICATORIA**

A mis padres por ejercer su función educadora y formadora centrada en los principios correctos.

A mis hijos por su amor incondicional y demostrarme la gran fe que tienen en mí.

## RESUMEN

Los estilos de vida juegan un rol trascendental en la calidad de vida del adulto mayor, en quienes las enfermedades crónicas son prevalentes, por lo tanto requieren de un cuidado integral. Objetivo; Determinar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades crónicas prevalentes en los Adultos Mayores de la Comunidad El Trébol Pueblo Nuevo Chincha Diciembre 2016. Material y método: Estudio cuantitativo, correlacional y transversal. Técnica la encuesta, instrumento, cuestionario estructurado, validado por juicio de expertos, confiabilidad demostrada por el coeficiente Alfa de Cronbach. Resultados: Existe dependencia significativa entre los estilos de vida y, el sexo ( $p=0.030$ ), la edad del adulto mayor ( $p=0.009$ ), el nivel educativo ( $p=0.004$ ) y el estado civil ( $p=0.001$ ), igualmente indican que la presencia de Hipertensión Arterial y Colesterol elevado, dependen significativamente del nivel educativo; ( $X^2=7.628$ ;  $gl=2$ ;  $p=0.022$ ); la presencia de Diabetes mellitus, se relaciona con la ausencia de la pareja ( $X^2=8.150$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.043$ ). Las proporciones de las categorías cualitativas de “Buena, regular y Mala” son diferentes, hay predominio de un mal estilo de vida en cuando a la actividad física 64.3% (45), Dieta 90.0% (63), Hábitos nocivos 91.4% (64), N° de comidas 62.9% (44), Higiene 75.7% (53), Tiempo libre 74.3% (52), Interacción social 81.4% (57) y Prevención 75.7% (53). Hay predominio de estilos de vida regulares en hábitos tóxicos 68.6% (48), reposo y sueño 64.3% (45), ( $p=0.017$ ). No hay diferencias proporcionales entre los adultos mayores con y sin enfermedad crónica. El mal estilo de vida está asociado a la HTA, ( $X^2=8.859$   $gl=2$   $p=0.011$ ), Diabetes mellitus ( $X^2=8.068$   $gl=2$   $p=0.0189$ ) y Obesidad ( $8X^2=15.401$   $gl=2$   $p=0.000$ ); los adultos mayores con regular o buen estilo de vida no presentan enfermedades crónicas. **Conclusión:** Si existe relación entre los estilos de vida y las enfermedades crónicas prevalentes.

**Palabras claves:** Estilo de vida, Enfermedades crónicas prevalentes, Adulto Mayor

## ABSTRACT

Lifestyles play a transcendental role in the quality of life of the older adult, in whom chronic diseases are prevalent and therefore require comprehensive care. Objective; to determine the relationship between lifestyles and chronic diseases prevalent in the Elderly Community El Trebol Pueblo Nuevo Chincha December 2016. Material and method: Quantitative, correlational and transversal study. Technique the survey, instrument, structured questionnaire, validated by expert judgment, reliability demonstrated by the Cronbach Alpha coefficient. Results: Probability assessments indicate that there is significant dependence between lifestyles and, sex ( $p = 0.030$ ), ( $p = 0.009$ ), educational level ( $p = 0.004$ ), and marital status ( $p = 0.001$ ), also indicate that the presence of arterial hypertension and elevated cholesterol depend significantly on the educational level; ( $X^2 = 7,628$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0.022$ ); the presence of Diabetes mellitus, is related to the absence of the couple ( $X^2 = 8,150$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0.043$ ). According to Chi square test ( $p = 0.000$ ), the proportions of the qualitative categories of "Good, regular and Bad" are different, there is a predominance of a bad lifestyle when compared to physical activity 64.3% (45), Diet 90.0% (63), Harmful habits 91.4% (64), Number of meals per day 62.9% (44), Hygiene 75.7% (53), Leisure and leisure 74.3% (52), Social interaction 81.4% (57) and Prevention -health 75.7% (53). There is predominance of regular lifestyles in toxic habits 68.6% (48), rest and sleep 64.3% (45), ( $p = 0.017$ ). There are no proportional differences between older adults with and without chronic disease. Diabetes mellitus ( $X^2 = 8,068$   $gl = 2$   $p = 0.0189$  and Obesity  $8X^2 = 15,401$   $gl = 2$   $p = 0.000$ ) is associated with hypertension ( $X^2 = 8,859$   $gl = 2$   $p = 0.011$ ); the elderly with regular or good lifestyle do not present chronic diseases. Conclusion: If there is a relationship between lifestyles and prevalent chronic diseases.

Key words: Lifestyle, Prevalent chronic diseases, Elderly

## PRESENTACIÓN

El aumento de la población en relación al adulto mayor es observado como un fenómeno global, es decir, no solo habrá más adultos mayores, sino que se incrementaran con edades más avanzadas. Una mejor calidad de vida, va depender como los adultos mayores determinen cambios físicos y psicológicos, entre las limitaciones funcionales. Es común la presencia de diversas patologías crónicas a esta edad donde Los estilos de vida juegan un rol trascendental.

El objetivo es determinar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades crónicas prevalentes en los adultos mayores de la comunidad El Trébol Pueblo Nuevo Chincha Diciembre 2016. El propósito radica en generar conductas que favorezcan los estilos de vida en adulto mayor y que simultáneamente se pueda establecer el grado de relación que puedan tener con las enfermedades crónico prevalentes. Los resultados serán proporcionados a la entidad comprometida a fin de fortalecer los aspectos deficientes en torno a las variables de estudio.

El estudio está conformado por cinco capítulos, designados por el:

**Capítulo I:** contiene por el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivo general, objetivo específico y el propósito.

**Capítulo II:** Conformado por antecedentes del estudio, base teórica, hipótesis, variable independiente, variable dependiente y la definición operacional de términos.

**Capítulo III:** Considera el tipo de estudio, área de estudio, población, técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos.

**Capítulo IV:** Conformado por Resultado y la Discusión.

**Capítulo V:** contiene las conclusiones y recomendaciones. Además de referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>CARATULA</b>	i
<b>ASESORA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>PRESENTACIÓN</b>	vii
<b>INDICE</b>	viii
<b>LISTA DE TABLAS</b>	x
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	xi
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA:</b>	
I.a. Planteamiento del problema.	<b>12</b>
I.b. Formulación del problema.	<b>17</b>
I.c. Objetivos:	<b>17</b>
I.c.1 General.	<b>17</b>
I.c.2 Específicos	<b>17</b>
I.d. Justificación	<b>17</b>
I.e. Propósito.	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO:</b>	
II.a. Antecedentes bibliográficos	<b>19</b>
II.b. Base teórica.	<b>24</b>
II.c. Hipótesis.	<b>64</b>
II.d. Variables.	<b>64</b>
II.e. Definición operacional de términos.	<b>64</b>



<b>CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS:</b>	
III.a. Tipo de estudio.	65
III.b. Área de estudio.	65
III.c. Población y muestra.	65
III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	66
III.e. Diseño de recolección de datos.	67
III.f. Procesamiento y análisis de datos.	67
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:</b>	
IV.a. Resultados.	68
IV.b. Discusión.	80
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:</b>	
V.a. Conclusiones.	93
V.b. Recomendaciones.	94
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>111</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>112</b>

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
<b>TABLA 1</b>	ESTILO DE VIDA QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA COMUNIDAD EL TRÉBOL PUEBLO NUEVO CHINCHA DICIEMBRE 2016	68
<b>TABLA 2</b>	ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA COMUNIDAD EL TRÉBOL PUEBLO NUEVO CHINCHA DICIEMBRE 2016	70
<b>TABLA 3</b>	ESTILOS DE VIDA QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN DIMENSIONES DE LA COMUNIDAD EL TRÉBOL PUEBLO NUEVO CHINCHA DICIEMBRE 2016	73
<b>TABLA 4</b>	PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL TRÉBOL PUEBLO NUEVO CHINCHA DICIEMBRE 2016	75
<b>TABLA 5</b>	RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL TRÉBOL PUEBLO NUEVO CHINCHA DICIEMBRE 2016	76
<b>TABLA 6</b>	TABLA DE CONTINGENCIA - PRUEBA DE HIPOTESIS SEGÚN CHI CUADRADO	78

## **ANEXOS**

		<b>PAG.</b>
<b>ANEXO 1</b>	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	<b>112</b>
<b>ANEXO 2</b>	INSTRUMENTO	<b>115</b>
<b>ANEXO 3</b>	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	<b>120</b>
<b>ANEXO 4</b>	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	<b>121</b>
<b>ANEXO 5</b>	TABLA DE CÓDIGOS	<b>122</b>
<b>ANEXO 6</b>	TABLA MATRIZ	<b>127</b>
<b>ANEXO 7</b>	VALORES FINALES DE LA VARIABLE	<b>130</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población mundial envejece en forma apresurada, al 2050, las personas mayores de 60 años se incrementará del 11% a un 22%; de 605 millones pasará a 2000 millones en el presente siglo. Este cambio será mayor en habitantes de bajos y medianos recursos de los países subdesarrollados. La esperanza de vida al nacer y la disminución de la fecundidad a nivel global están invirtiendo en forma progresiva la pirámide poblacional con el incremento del envejecimiento de la población mundial. Al 2050 el número de adultos mayores de 80 años o más aumentará cuatro veces más hasta bordear los 395 millones.<sup>1</sup>

Los estilos de vida dependen de múltiples componentes, no solo personales, y sociales, sino también de vivienda, alimentación, grupos de apoyo sean primarios o secundarios como la familia, creencias personales, sus valores, que determinan el desarrollo y curso de los estilos de vida. El poder envejecer bien, se relaciona a diversos factores, una persona incrementa su capacidad funcional a medida que crece, bordea la cima al inicio de la edad adulta donde progresivamente empieza el declive natural. Dicho descenso esta dado, una parte por los estilos de vida es decir al comportamiento y las cosas que realizamos en el transcurso de nuestro existir; relacionados a cómo nos alimentamos, la práctica de actividades físicas y hábitos nocivos como fumar, consumir de alcohol y exponerse a sustancias tóxicas. En poblaciones de ingresos bajos, un alto porcentaje mueren por enfermedades crónicas, como cardiopatías, cáncer y diabetes, rara vez por infecciones. Es normal que a esta edad sufran de varios

problemas crónicos de forma simultánea como diabetes e hipertensión acompañado de cardiopatías.<sup>2</sup>

Los hábitos o estilos de vida, en particular el nivel de inactividad física, así como la alimentación poco saludable, el consumo de sustancias psicoactivas incrementan los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, enfermedades coronarias, enfermedades cerebro-vasculares, obesidad, diabetes tipo II. Dichas enfermedades se encuentran dentro de la carga de morbilidad y discapacidades en muchos países. Según la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial estima, que el 60% de las muertes y el 47% de morbilidad en el mundo están relacionadas a enfermedades no transmisibles; cifras que se incrementarán en el 2020, al 73% y 66% respectivamente, las que se atribuyen a países subdesarrollados.<sup>3</sup>

América Latina y el Caribe son regiones que están envejeciendo rápidamente; para el 2020, América tendrán unos 200 millones de adultos mayores según la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). En América, las enfermedades no transmisibles, incluyen el cáncer, las enfermedades crónicas, cardiovascular, respiratorias y la diabetes, son responsables de siete muertes de cada diez entre las personas de 70 y más, Las condiciones crónicas pueden llevar a discapacidades inmediatas y severas, como los accidentes cerebrovasculares, al igual que a discapacidades progresivas que lentamente van disminuyendo la capacidad de los adultos mayores de cuidarse a sí mismos. Alrededor del 14% de las personas de 65 y más años necesitan asistencia para bañarse, vestirse, preparar sus comidas y hacer sus compras, lo que ha afectado de modo inevitable las relaciones existentes entre quienes padecen de alguna enfermedad crónica no transmisible y sus seres cercanos. Las personas que las padecen se ven enfrentadas a diversos problemas, que causan el deterioro de órganos y

sistemas, los cuales desencadenarán en consecuencias graves que deterioran su calidad de vida.<sup>4</sup>

Un estudio realizado en Perú en el año 2014, indica que en América Latina la prevalencia global de diabetes es del 5.7%, la que para el 2025 se incrementara al 8.1%. En nuestro país la prevalencia de esta patología es del 1 a 8% de la población en general; Piura y Lima son los más afectados. Hoy en día la diabetes mellitus aqueja a más de un millón de peruanos y pocos han sido diagnosticados. Dicha enfermedad es considerada una carga económica y social muy alta, para las personas y la sociedad en general de los países de América Latina y el Caribe, Perú es el sexto país en costos-gastos referentes después de Brasil, Argentina, Colombia, Chile y Venezuela; invierten 1844.1 millones de dólares al año, el 73% y 17% correspondiente a los costos indirectos y directos respectivamente.<sup>5</sup>

A nivel nacional el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) año 2016, presentó el Informe Técnico Situación en la Población Adulto Mayor, donde detallan los rasgos demográficos y socioeconómicos de los adultos de 60 años a más; también las condiciones de vida. En este proceso de envejecimiento, se incrementa la cantidad de adultos mayores de 5,7% en 1950 a 9,9% en el año 2016, donde el 82,1% de sexo femenino presentó problemas de salud tipo crónico; el sexo masculino, presentaron un 71,5%, reflejando 10,6 puntos porcentuales de diferencia; las mujeres del área urbana (85,1%) y de Lima Metropolitana (82,9%) y las del área rural (75,6%) son las que más presentan patologías crónicas.<sup>6</sup>

El Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2015, menciona que el 39,6% de peruanos en su hogar tienen por lo menos un adulto mayor, el 61% de dicho porcentaje son jefes familia y el 16,2% mencionan que vive solo. El 82,5% de los adultos de sexo femenino presento problemas de salud crónicos entre ellos hipertensión, diabetes, artritis, reumatismo, asma, tuberculosis y colesterol.<sup>7</sup>

En el 2014, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, sostiene que el 30,9% de los adultos mayores fueron diagnosticados por un profesional de salud por presentar hipertensión arterial, de los cuales el 74,4% recibieron tratamiento y un 25,6% no refiere tratamiento. Por regiones dicha patología es mayor en la Costa (39%) y Lima con un 37,7%, en la Sierra (19,5%) y la Selva (7,6%); los diagnosticados con diabetes mellitus fue mayor en mujeres que en hombres con un 9,7% y 8,6% respectivamente; donde un 77,3% de mujeres y un 75,2% de hombres con diabetes refieren tratamiento médico, para mantener en la sangre los niveles de glucosa dentro de la normalidad. A nivel nacional, el 21,1% de la población mayor de 60 años a más refiere que padece colesterol alto diagnosticado; los adultos mayores con colesterol alto, se ubican en el quintil superior de riqueza (31,1%) y en el cuarto quintil (28,5%); de ellos el 65,5% y el 59,7% recibieron tratamiento, respectivamente.<sup>8</sup>

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2013, los peruanos de 60 años a más años representan al 9,4% de la población total del país, superando los 2 millones 907 mil habitantes. Para el año 2021, se estima que la cantidad de adultos mayores aumentará en un 11,2% y los departamentos con más cantidad serán Arequipa y Moquegua, ambos con 10,9%. La población de 65 años en Perú representa el 6,4% de la población total, donde el mayor porcentaje ocupa el departamento de Arequipa con 7,5%, Lima con un 7,3%, al igual que Moquegua, El Callao con un 7,2%, Áncash 7,1%, Ica y Lambayeque con un 7,0%; los octogenarios superan los 350 mil, donde hay un predominio del sexo femenino con un 58,4%.<sup>9</sup>

A nivel regional un estudio realizado en Ica, muestra el estado situacional de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes adultos mayores en el hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2013, los hallazgos sugieren que las personas de 60 a 75 años (60%), pacientes de zona urbana (45%), con grado de instrucción primaria (36,7%) y pacientes casados (38,3%) son los que presentaron en mayor proporción la Diabetes Mellitus tipo 2, además

las características clínicas más frecuentes fueron la infección urinaria; la enfermedad cerebro-vascular, y la hipertensión.<sup>10</sup>

De acuerdo al Plan Estratégico Institucional periodo 2014 – 2016 del Hospital San José de Chincha, las causas de las enfermedades no transmisibles que preocupa en nuestro medio es la Hipertensión y Diabetes Mellitus, así como la salud bucal. Los siguientes datos estadísticos nos dará una idea sobre el comportamiento de dichas enfermedades en nuestra población chinchana (estadísticas recabadas del año 2013): a diabetes mellitus correspondieron 490 casos atendidos, hipertensión arterial se registraron 2516 personas atendidas en dichos consultorios de nuestro medio.<sup>11</sup>

La Comunidad el Trébol del distrito de Pueblo Nuevo tiene una población de 1176 pobladores entre niños, adolescentes y adultos, de los cuales 70 personas son adultos mayores de quienes no se conocen sus estilos de vida ni qué enfermedades crónicas padecen, y siendo estas enfermedades causa de la mayor morbimortalidad en este grupo etario, es necesario conocer qué estilos de vida tienen y qué enfermedades crónicas padecen, considerando que la intervención en los factores de riesgo modificables convierten a la promoción de estilos de vida saludable en estrategias mundiales para reducir el impacto en la salud y mejorar la calidad de vida de las personas, considerando que los profesionales de enfermería cumplen un rol trascendental en la promoción de la salud de las personas y en especial de los adultos mayores y teniendo en consideración la filosofía de vida de nuestra profesión de aprender siempre y conocer más, para servir mejor es que se diseña la elaboración del presente trabajo de investigación.

Frente a la problemática planteada se formula la siguiente pregunta:



## **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y las enfermedades crónicas prevalentes en los adultos mayores de la comunidad El Trébol Pueblo Nuevo Chincha Diciembre 2016?

## **I.c. OBJETIVOS**

### **I.c.1. GENERAL:**

Determinar la relación entre los estilos de vida y enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores de la Comunidad “El Trébol”. Pueblo Nuevo, Chincha. Diciembre, 2016.

### **I.c.2. ESPECÍFICOS**

1. Describir los estilos de vida de los adultos mayores relacionado con sus características sociodemográficas.
2. Describir las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores relacionado con sus características sociodemográficas
3. Describir los estilos de vida que presentan los adultos mayores, en general y según dimensiones: actividad física, hábitos alimenticios, hábitos tóxicos, higiene, reposo – sueño, tiempo libre, interacción social y actividades de prevención.
4. Describir la prevalencia de las enfermedades crónicas en los adultos mayores, según sea: hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes mellitus y obesidad.

## **I.d. JUSTIFICACIÓN**

Hay un incremento notable de la población adulta mayor debido al aumento de la esperanza de vida al nacer y a la disminución de la fecundidad que

ha hecho que la pirámide población se esté invirtiendo, y que cada día se incrementa más este grupo etario que es muy vulnerable a las enfermedades crónicas causa de la mayor morbimortalidad en personas adultas. Se prevé que para el año 2050 se incrementarán 4 veces más los adultos de 80 años a más. De allí la importancia de realizar este estudio de investigación que permitirá conocer los estilos de vida del adulto mayor y las enfermedades crónicas prevalentes en ellos, para contribuir como profesional a mejorar su calidad de vida mediante acciones preventivas promocionales. Es importante que las personas adultas conozcan y pongan en prácticas estilos de vida saludables que les pueda permitir vivir activos y sanos, previniendo muchas enfermedades crónicas. El profesional de enfermería tienen un rol fundamental, ya que el adulto mayor requiere de un cuidado efectivo, de carácter biopsicosocial, por lo que su salud debe ser evaluada de acuerdo a su funcionabilidad, y las enfermedades que pueda presentar, se deben establecer acciones que prevengan la dependencia y fomenten bienestar individual para que tengan un envejecimiento con dignidad.

### **I.e. PROPÓSITO**

Los resultados alcanzados en la investigación van dirigidos a prestar información actualizada de dicha comunidad además de que sirva como guía para promover acciones e intervenciones específicas que tengan efecto directo con la finalidad de diseñar y desarrollar estrategias y actividades preventivo promocionales enfocadas a dicho grupo etáreo, para mejorar su salud, proporcionando estilos de vida saludables, disminuyendo la frecuencia en la aparición de padecimientos crónicos, fomentando comportamientos y hábitos de nutrición saludable; la actividad física, como aeróbicos, deportes, entre otras actividades; llevando un ritmo de vida sana y productiva para continuar siendo los promotores en comportamientos saludables.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Acosta L, Carrizo E, Enrique Peláez E, Roque V, En el 2014 realizaron un estudio correlacional con el objetivo de **DESCRIBIR LOS CONDICIONES DE VIDA, ESTADO NUTRICIONAL Y ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES, CÓRDOBA, ARGENTINA**. Material y método: El universo muestral estuvo constituido por: adultos mayores concurrentes a Comedores Sociales (CSPC; n=308) y los afiliados a la obra social universitaria (DASPU; n=134). La técnica fue la entrevista, el instrumento un cuestionario. Resultados: Se observó mayor porcentaje de diabetes (OR=2,9 IC=1,3-7,9 p=0,027) en hombres del grupo CSPC, de hipertensión arterial (OR=2,6 IC=1,5-4,4 p=0,001) en mujeres de CSPC. Conclusiones: Las condiciones sociales de vida intervienen en el estado nutricional y la salud de los adultos mayores, y sobre todo en hombres, implicando riesgos para ambos grupos.<sup>12</sup>

Sánchez E, Medina M, Gonzales J. En el año 2014 realizaron un estudio de casos y controles cuyo objetivo fue **DETERMINAR LA ASOCIACIÓN ENTRE CONDICIONES DE RIESGO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLADORES DEL MUNICIPIO ANGOLEÑO DE VIANA SANTIAGO DE CUBA, CUBA**. Material y método: El universo muestral ha estado constituido por una muestra de 85 adultos mayores. En la validación estadística la prueba de la  $X^2$ , para determinar la asociación o independencia de las variables utilizadas. Resultados: Se encontró que el sobrepeso y la obesidad  $p < 0.05$  aumento en 4,7 veces la probabilidad de presentar hipertensión y diabetes mellitus (OR=4,7) ubicándose en un intervalo de confianza de 1,4 a 1,6. La exposición al sedentarismo alcance una  $p=0,02$  e incrementó en 1,2 veces la probabilidad de ocurrencia de la

hipertensión (OR=1,2), reflejándose el rango de valores reales entre 1,8 y 3,8 del intervalo de confianza. Conclusiones: el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad evidenciaron un incremento en el riesgo de padecer hipertensión arterial para este grupo poblacional.<sup>13</sup>

Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A, En el año 2014, realizaron un estudio de tipo descriptivo, correlacional, de orientación cuantitativa con el objetivo de **DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE ESTILO DE VIDA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN POBLACIÓN ADULTA DE CONCEPCIÓN, CHILE**. Material y método: La población fue de 441 adultos, de ambos sexos. Se procesó la información a través del programa SPS. Resultados: existe relación entre los estilos de vida y determinantes como: el lugar de residencia, edad, sexo, educación, ingresos. Asociación significativa entre los estilos de vida y la actividad física (F=6,9, p=0.0002), nutrición (p=0.020), relaciones interpersonales (F=3,93, p=0.0087), responsabilidad en salud (F=3,92, p< 0.01). Conclusiones: Los factores estructurales y los factores psicosociales reafirman que se debe intervenir en acciones para potenciar estilos de vida.<sup>14</sup>

Vásquez P, Castillo J, Salazar J, Silva S, Quirós G. En el año 2014 realizaron un estudio analítico y prospectivo con el objetivo de determinar el **RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN UNA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEL ÁREA RURAL, CANTÓN DE GARABITO PUNTARENAS, COSTA RICA**. Material y método: la población estudiada se compone de adultos mayores de 65 años (n=61). El nivel mínimo de confianza para las comparaciones fue del 95%. Resultados: el 37,70% reporta ser diabético diagnosticado, con diferencia estadísticamente significativa (p=0,016). El 67,2% son hipertensos, siendo el 55% y 73,8% (hombres y mujeres respectivamente); sin diferencia estadísticamente significativa (p=0,139). El 45% no sabe si tiene dislipidemia. Quienes reportan saberlo, fue 61,8%, sin diferencia estadísticamente significativa

( $p=0,555$ ), un 71,3% y 59,3% (hombres y mujeres respectivamente); ni por edad ( $p=0,338$ ). En el índice de masa corporal, el 28,8% presenta niveles de obesidad, el 15,8% de los hombres es obeso y el 35% de las mujeres también, sin diferencia estadísticamente significativa por sexo ( $p=0,095$ ), ni grupo de edad ( $p=0,391$ ). Conclusión: los factores de riesgo cardiovascular son frecuentes en la población estudiada, lo que se asocia a un riesgo cardiovascular elevado.<sup>15</sup>

Ramírez R. En el año 2014 realizó una investigación de tipo cualitativo y cuantitativo, con el objetivo de **DETERMINAR FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HTA EN PACIENTES DE LA PARROQUIA TISALEO CHICO LA ESPERANZA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, ECUADOR**. Material y método: Se incluyeron 318 personas. Se empleó la prueba de  $X^2$  Resultados: el nivel de estudios de los adultos mayores con hipertensión fue de un 40% de pacientes que cursaron la primaria y de un 40 % de pacientes que cursaron el básico, y el otro 20% que tiene el nivel diversificado. Al igual se señala que el 35.7 % presentan valores normales de colesterol, es decir que el 64.3% de los pacientes presentan valores elevados de colesterol, lo cual constituye un riesgo de contraer aterosclerosis o desarrollar un infarto agudo de miocardio. Conclusiones: Como factores de riesgos que influyen en la Hipertensión Arterial tenemos el sobrepeso, la mala alimentación, la edad y el sexo estos conlleva a un incremento en las enfermedades vasculares en los pacientes hipertensos. En el nivel de escolaridad la mayoría de pacientes solo tiene instrucción primaria, existiendo también personas analfabetas.<sup>16</sup>

Cortés J, Flores P, Gómez C, Reyes K, Romero L. En el año 2012 realizaron un estudio correlacional con corte transversal con el objetivo de **RELACIONAR LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE LA COMUNA DE CHILLÁN VIEJO CHILE**. Material y método: 176 adultos mayores, se empleó la prueba de  $X^2$ . Resultados: se obtuvo que en la

dimensión tiempo libre está en relación con las actividades recreativas ( $p=0,015$ ), 40% indicaron que realizan actividades recreativas ( $n=58$ ), mientras que un 83,3% indicaron no efectuar actividades de este tipo ( $n=25$ ). En relación a la asistencia a controles de salud, acuden un 92,4 y 93,3%, respectivamente, mientras que un 7,6 y un 7%, respectivamente correspondieron a la proporción que no asistieron a controles de salud, sin asociación estadísticamente significativa ( $p=0,609$ ). Conclusión. Existen características de sus estilos de vida que se relacionan en mayor medida a su nivel de resiliencia, que le permite enfrentar cambios propios del proceso natural de envejecimiento de los adultos mayores.<sup>17</sup>

Mamani G. En el año 2013 realizó una investigación cuantitativa, de corte transversal, descriptivo correlacional y como objetivo **DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y EL ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB VIRGEN DE LAS MERCEDES TACNA PERÚ**. Material y método: la población fue 75 adultos mayores adicionalmente participaron 5 adultos mayores más, siendo la muestra del estudio el 100% de la población. Los datos codificados a través del SPSS. Resultados: En el Factor edad se observa que el 38,8%(31) de adultos mayores entre 60-64 años tienen un estilo de vida no saludable ( $X^2 = 4,672 P=0,097$ ). Se observa que el sexo femenino 36,3%(29) tienen un estilo de vida no saludable ( $X^2 = 13,001 P=0,000$ ). En el factor cultural, el grado de instrucción un 30,0% (24) con grado primaria tienen un estilo de vida no saludable ( $X^2=21,567 P=0,000$ ). Factor estado civil, un 30,0% (24) con unión libre tienen un estilo de vida no saludable. El 18,8%(15) son casados y tienen un estilo de vida saludable ( $X^2 = 24,480 P=0,000$ ). Factor ocupación, se observa que el 36,3% (29) que trabajan tienen un estilo de vida no saludable ( $X^2=6,689 P=0,010$ ). Conclusiones: Los factores socioculturales se relacionan significativamente al estilo de vida.<sup>18</sup>

Gutiérrez E. En el año 2012, realizó una investigación descriptiva - cuantitativo cuyo objetivo fue determinar los **FACTORES SOCIOCULTURALES Y ESTILO DE VIDA EN POBLADORES ICA, PERÚ**. La población estuvo conformada por 60 familias de las cuales se extrajo como muestra no probabilística a 50 personas adultos mayores, la técnica utilizada fue la encuesta; teniendo como instrumento el cuestionario. Resultados: la edad promedio estuvo ubicada entre los adultos maduros alcanzando 48%, el sexo predominante fue femenino 70%, su estado civil conviviente el 46% refiriendo padecer problemas musculo esquelético en un 38%; los factores sociales son favorables en un 52%, los factores culturales fueron desfavorables en un 52%; por lo que se obtuvo que los factores socioculturales son desfavorables en un 52%. En cuanto a los estilos de vida se obtuvo que según sus dimensiones: higiene, responsabilidad, actividad física, alimentación, apoyo interpersonal y manejo del estrés fueron inadecuados obteniéndose los valores de 78%; 76%; 66%; 52%; 96% y 66% respectivamente, lo cual permite determinar globalmente los estilos de vida como inadecuados en un 74%. Se concluye que los factores socioculturales son desfavorables y los estilos de vida son inadecuados en las personas adultas del centro poblado Yanquiza Subtanjalla -Ica.<sup>19</sup>

**Cada uno de los antecedentes citados demuestra que cada vez hay más evidencia científica sobre la importancia del estilo de vida para preservar una buena salud, e incorporar cambios en sus conductas, ya que disminuirá el riesgo de padecer enfermedades crónicas ya que podrá favorecer a la salud y el bienestar de los mismos, haciendo visible el interés de la comunidad científica en comprender cómo el estilo de vida determina la salud.**

## **II.b. BASE TEÓRICA**

### **ESTILOS DE VIDA**

Conjunto de actitudes sumados a conductas que desarrollan las personas tanto de manera individual como colectiva con el fin de satisfacer sus necesidades como humanos y obtener su desarrollo personal, en ello se visualiza los factores de riesgo y los elementos protectores para el bienestar y la salud, vistos como un procesamiento dinámico del cual se forma de acciones individuales y acciones de materia social. El estilo de vida es un manera de vida propia, es la manera de vivir, están relacionadas a la conducta y motivación de cada persona, donde se plasma como ser social en circunstancias concretas y particulares, la familia interviene como un grupo particular con situaciones de vida similares, tiene un estilo de vida propio que establece la salud del conjunto familiar y sus miembros, por lo que se crea, la condición de estilo de vida familiar. Un estilo de vida saludable influye de manera positiva en la salud abarca costumbres como el hábito de hacer ejercicios, alimentación apropiada y sana, el placer del tiempo libre, actividades dentro de la sociedad, conservar la autoestima alta, etc.<sup>20</sup>

Los estilos de vida están enlazados con las guías de consumo del individuo en la manera como se alimenta, la practica o no de ejercicio físico, los peligros del ocio, el consumo de sustancias nocivas y otras actividades que tienen que ver con el riesgo ocupacional, que son tomados como componentes de riesgo o protección, dependiendo del conducta, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades cardiacas, cáncer, entre otras).<sup>21</sup>



## **Actividad física**

Es el esfuerzo físico que proporciona actividad al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica como de manera ordenada y repetida que se realiza normalmente con la intención de mejorar, regenerar, desarrollar; sobre todo con motivos de conservar las funciones del adulto mayor. Es necesario que los adultos maduros y mayores tengan regímenes estrictos de ejercicios físicos como 30 minutos de caminatas diarias. Los estilos de vida estáticos son 1 de las 10 causas de morbi-mortalidad y discapacidad, en el mundo, por otra parte, dobla el riesgo de padecimientos cardíacos, de diabetes y obesidad, incrementando el riesgo de adolecer cáncer de colon y de mama, hipertensión, osteoporosis, alteraciones en el peso, depresión y ansiedad. El beneficio funcional de realizar actividad física es que el organismo favorezca a la nutrición, como a la adecuada digestión y movimiento intestinal para el aumento de la musculatura e incrementar la masa muscular, así como la fuerza en los músculos; con ello evitar una de las primeras formas de incapacidad y de caídas.<sup>22</sup>

El realizar ejercicios físicos brinda al cuerpo una actividad fisiológica en todos los tejidos que retrasan los efectos del envejecimiento: a la fecha, la actividad física y el ejercicio físico son catalogados como el mejor cambio o la mejor inversión para el resultado de la salud pública a escala mundial, pues equilibra de forma positiva la masa muscular, favorece la dinámica respiratoria, la temperatura, el volumen sanguíneo y mejoran la resistencia periférica y la capacidad de respuesta a al estrés. Los adultos mayores pueden tener muchos beneficios si efectúan ejercicio regularmente, no solo a nivel físico, sino también emocional, porque les ayudará a enfrentar la vida con más optimismo y a relacionarse con los demás, evitando aislarse, que es una causa de riesgo para la salud física y mental, que es posible prevenir con actividades que incentiven la socialización, incluso hay investigaciones que prueban que ejercicio retarda

el envejecimiento del cerebro y evita el desarrollo de afecciones neurodegenerativas como el alzhéimer.<sup>23</sup>

La actividad física es la llave para un envejecimiento saludable, los adultos mayores que son físicamente activos conservan una bajo porcentaje de presentar problemas como ser obeso, presentar hipertensión, diabetes, osteoporosis, cáncer de colon y depresión. Diversas investigaciones prueban los beneficios de una actividad física regular, resaltando que mejora el estado anímico y aporta reduciendo el estrés, incrementa la energía e incrementa la productividad de dicho grupo etéreo, mantiene el peso adecuado, con una mejor resistencia y capacidad para cumplir tareas de la vida cotidiana, disminuye el porcentaje de presentar una enfermedad coronaria o si la tiene reducir las complicaciones, por decir en los adultos mayores con diabetes mejora la glucosa complementando el tratamiento médico. La actividad física deberá depender de cada persona, pero es factible realizar actividades como caminar, bailar, nadar, desarrollar actividades diarias en casa como la limpieza del hogar, jardinería, al menos 5 días a la semana se logra obtener todos los beneficios señalados. Lo preferible es asignar 30 min. continuos a una actividad física, pero es posible fraccionar en tres partes de 10 min. cada uno, obteniendo resultados beneficiosos.<sup>24</sup>

### **Hábitos alimentarios**

Corresponde a las sustancias alimentarias que se ingieren formando los famosos hábitos o comportamientos nutricionales en las personas, formando parte de los estilos de vida; por ello la alimentación en el adulto mayor, origina una reducción en el gasto energético por lo que las calorías totales que se ingieren también deben disminuir, disminuye la producción de saliva que se une a una disminución en la sed y al menor consumo de agua, resultando sequedad en la boca, un mayor desgaste en la superficie de los dientes, las encías se adelgazan, favoreciendo a la debilidad y la

pérdida de los dientes, como baja defensa frente a la agresión bacteriana, pérdida en el número de papilas gustativas y aumento progresivo en la pérdida del olfato, lo que interviene en la degustación de los sabores y el disfrute de los alimentos, pérdida en la fuerza de la lengua y de los músculos de las mejillas que, ocasionan problemas al deglutir o atragantamiento, suceden alteraciones en la mucosa, músculos y glándulas intestinales, dejándolo imposibilitado para resistir daños como el cáncer, úlceras e infecciones, se reduce el peristaltismo (movimiento fisiológico del tubo digestivo) y la elasticidad del músculo intestinal, conllevando a sufrir estreñimiento, flatulencia y dolor abdominal.<sup>25</sup>

Los alimentos brindan al organismo muchas sustancias nutritivas necesarias para su mantenimiento y desarrollo. Se debe tener un horario y un lugar específico para los momentos de alimentación, así como el consumo alimentos nutritivos, en donde la alimentación deberá ser balanceada, es aconsejable que la dieta incluya proteínas, carbohidratos y grasas. se recomienda masticar o triturar todos los alimentos de forma lenta. El adulto mayor con exceso de peso debe evitar ingerir mucha harina a la hora de los alimentos (solo arroz o papas o fideos, pero no todas al mismo tiempo). No consumir mucho pan y dulces o aquellos a los que se les ha agregado sal. Evitar el consumo productos gaseosos o azucarados, de preferencia tomar los jugos de zumo de frutas sin azúcar, se recomienda beber un vaso de agua simple por cada 10 kilos de peso y también fraccionar la alimentación diaria en 6 comidas en el transcurso del día, vigilando que la última comida sea lo más ligera posible, para no demandar demasiado trabajo al corazón en las horas de reposo nocturno.<sup>26</sup>

La persona mayor tiene que afrontar cambios fisiológicos que condicionan el consumo de alimentos y su estado nutricional. En la gran mayoría, la fuerza de contracción de los músculos de masticación esta disminuida y pierden progresivamente parte de la dentadura debido a problemas con caries no tratadas, por otra parte, se altera los umbrales olfatorios y del

gusto y en muchas ocasiones no cuentan con un cuidador en el cual se pueda confiar su alimentación o su cuidado. La absorción del hierro, calcio, ácido fólico, cinc y vitaminas como la A y D también se ven afectados, a esto se agrega el bajo consumo de calorías y nutrientes, por ello aumenta el peligro de deficiencias nutricionales; que, en gran parte esto se debe a la poca adquisición de los alimentos por los ingresos económicos limitados; por ello hay un mínimo consumo de frutas y verduras, que es considerado un factor en contra para la salud y nutrición que incrementa el proceso de fragilización del adulto mayor.<sup>27</sup>

Los requerimientos de energía disminuyen con el paso de la edad, la ayuda de la energía por intermedio de alimentarse es acomodarse a la necesidad de cada persona y relacionado con la edad, talla, peso, ejercicio físico, enfermedades entre otros. El metabolismo en los adultos mayores disminuye, no hacer dietas bajas en calorías que no cubran las necesidades de proteína, hierro, vitaminas y calcio; lo principal es escoger alimentos nutritivos que contengan muchas proteínas, el cual, valorará el funcionamiento renal como el balance nitrogenado, el consumir carbohidratos dependerá de si existe enfermedades como la diabetes; es recomendable entre 45-55% del aporte calórico diario en forma de carbohidratos, no se aconseja ingerir mucha azúcar refinada, la fructosa obtenida de zumos de fruta es una mejor alternativa. La porción de fibra es de 30 g. diarios porque previene el estreñimiento, unido al consumo de líquidos (agua, jugos de fruta natural etc.), la porcentaje lipídico es 25 a 30% de la energía total diaria. Las personas con antecedentes de arterioesclerosis tienen que disminuir el contenido de grasas de origen animal, la ingesta diaria de calcio se encuentra de 1000 a 1500mg en mujeres post menopáusicas, siendo fuente primordial los lácteos, un vaso de leche (200 ml) proporciona 250 mg. de calcio, otras fuentes son el queso, el yogurt, y leches fermentados.

Con frecuencia los adultos mayores son afectados por la anemia ya que suele estar relacionado con pérdidas de sangre, por causas gastrointestinales, el aporte para esta edad debe ser de 10 mg/día de hierro, el té y el calcio afectan este consumo pero mejora con el consumo de vitamina C, las principales fuentes de hierro son de origen animal, la insuficiencia de zinc se asocia con trastornos inmunológicos, anorexia, cicatrización de las heridas y úlceras por postración, lo normal es 15mg. diarios en hombre y 12mg. diarios en mujeres; está presente en las carnes, pescado y huevos, al igual que el cereal y las legumbres; debido a la presión alta de la gran mayoría de adultos mayores se aconseja disminuir el consumo de sal a 2 a 4 gramos diarios, y si se está administrando diuréticos, es preferible suplementos de magnesio y potasio; además en el adulto mayor suele estar disminuida la vitamina D en especial se encuentra disminuida en aquellos que viven en asilos y no captan luz solar; es recomendable de 5 µg/diarios, la vitamina C suele estar carente, una alimentación correcta cubrirá dicho requerimiento, estudios demuestran que los cítricos pueden poseer cierto beneficio en la aparición de cataratas, además mayor nivel de vitamina B6 y B12 otorgan defensas contra el aumento de homocisteína, protección a afecciones neurológicas y cardiovasculares.<sup>28</sup>

Se recomienda comer 4 veces: desayuno, almuerzo, merienda y cena, muchos no suelen cenar, lo adecuado es una comida liviana fácil de digerir para evitar un largo período de ayuno y previene alteraciones en las funciones metabólicas en el organismo, se debe tener en cuenta 2.300 y 1.900 calorías para hombres y mujeres respectivamente, si realizan alguna actividad física y entre 1.800 a 1.600 calorías para ambos sexos, además de comer frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales; al menos 400 g. de frutas y hortalizas diarios.<sup>29</sup>

La recomendación de líquidos es de 45 ml/kg/día, lo que, traducido a litros, en una persona de 60 kg serían 2,7 litros diarios, pero eso no quiere decir

que deba beber todos esos litros de agua, ya que las fuentes de las que nuestro cuerpo obtiene el agua son varias: de los alimentos, de su combustión y del agua propiamente dicha, lo normal es que 1,2 litros de agua sea a través de los alimentos, por tanto, una persona mayor debería ingerir, aparte, 1,5 litros de agua al día; un promedio de 12 tazas diarios; muchos alimentos contienen líquido, aun así es imprescindible beber todo tipo de jugos que contengan otras sustancias nutritivas, sin negar que la mejor elección es el agua pura.<sup>30</sup>

### **Hábitos tóxicos:**

Los tóxicos son sustancias que cuando son ingeridas producen alguna consecuencia sobre el sistema nervioso central; sumado a la tolerancia y dependencia, así como distintas acciones nocivas que pueden perjudicar la salud en el aspecto físico social y, mental; las consecuencias sobre el sistema nervioso, pueden ser estimulante, depresor o alterador de la realidad; delimitan tolerancia, quiere decir que según transcurre el tiempo aumentan la cantidad del producto necesario para lograr resultados similares a los iniciales; fijan dependencia al grado de esclavitud que provocan, esto va de referencia desde un cuadro psíquico hasta lo relacionado con el organismo.<sup>31</sup>

El ingerir bebidas alcohólicas generan complicaciones al organismo y la conducta, generan un riesgo particular a los problemas asociados al consumo de alcohol, al llegar a la edad adulta las personas metabolizan el alcohol lentamente, haciendo que esta sustancia permanezca más tiempo en el organismo, incrementando el potencial de ser nocivo, el consumir bebidas alcohólicas puede conllevar a accidentes cerebro vasculares, problemas cardiacos cirrosis hepática y deterioro intelectual; elevados riesgos en la salud cuando se mezcla alcohol y medicinas presentando alteraciones en donde se incluyen consecuencias peligrosas sobre el juicio o lucidez, lentitud en las reacciones y alerta, así como ausencia de la

coordinación; altas dosis generan concentraciones séricas altas en los adulto mayor, el Sistema Nervioso Central (SNC) es más delicado, inclusive en bajas dosis; el consumo moderado no está contraindicado es necesario considerar la pluripatología y la polimedicación, prescrita, que tendría preponderancia en cooperar a su prohibición.<sup>32</sup>

El tabaquismo es considerado como enfermedad, que causa dependencia, en donde la nicotina es culpable de dicha adicción, las patologías del corazón están conectadas con el tabaquismo, así como el cáncer de pulmón y bronquitis crónica; a la par con el alcohol, el tabaco se manifiesta como una de las sustancias nocivas llamada "puerta de entrada" para la adquisición de nuevas sustancias.<sup>33</sup>

Las consecuencias del tabaco en los adulto mayor son más destructores a diferencia de una persona joven, su estado de salud está en desventaja y suele empeorarlo, siendo más vulnerables a las consecuencias negativas del tabaco, los efectos del tabaco, se intensifican y aumentan, por su condición física, como alteraciones respiratorio, además, cuando llevan fumando mucho tiempo los daños que ocasionan se acumulan con el tiempo; abandonar el hábito, en una edad avanzada, mejoran la capacidad respiratoria en un corto plazo de tiempo, y reduce la probabilidad de presentar trastornos coronarios, alcanzando a tener un nivel parecido al de aquellos que nunca han fumado. Además, los signos externos del envejecimiento, también se suavizan. Como puede deducirse, dejar de fumar solo reporta ventajas.<sup>34</sup>

Los estimulantes, más usados para luchar contra la fatiga y el desánimo, conllevan a tener una mayor fuerza física temporal debido a la aceleración directa del Sistema Nervioso Central; entre los más consumidos se encuentran el café, infusiones como el té, relajadores como el mate y la coca, son plantas que crecen en diferentes partes del mundo y debido a ello suelen consumirlas varias veces en el transcurso del día, durante

buena parte de la vida, además de ser sustancias tóxicas posee consecuencias nocivas a mediano o largo plazo, la alteración que desata dicha sustancia al momento de ser ingerida por el organismo, y en el momento posterior lo denominamos: efecto producido por la sustancia; logrando producir efectos como excitar o estimular, ejemplo de ello es el café (la cafeína induce al insomnio, produce un incremento ligero y transitorio de la frecuencia cardiaca y presión arterial); considerando que dichos efectos, no son constantes y que van a depender de la dosis, salud física de la persona y de sus antecedentes, y como no las circunstancias.<sup>35</sup>

### **Hábitos de higiene**

La higiene es el resultado de procesos que brindan una mejor defensa de la piel en contra de las enfermedades, el aseo y arreglo personal anteponen una imagen grata de la persona haciéndolas sentir mejor con sí mismas, entre los hábitos y estilos de vida saludables cabe mencionar la higiene adecuada de cada personas; higiene que para su desarrollo deben poseer una evaluación sanitaria apropiada y medios necesarios para su desarrollo, el baño favorece a eliminar impurezas a la piel, hidratándola y proporcionándole sensación de relajamiento, el adulto mayor debe tener sumo cuidado sobre todo con los cambios de temperatura después de salir del baño, la higiene del cuerpo se inicia con el baño con jabón de ser necesario neutro, se evitara el agua muy caliente o muy fría, el secado deberá ser con toalla por todo el cuerpo, con mayor énfasis en los pliegues asegurándose que queden secos, es recomendable que posterior del baño se unte cremas o aceites humectantes en todas las partes del cuerpo, preferentemente en los pies ya que muchas veces hay presencia de callos y/o grietas.<sup>36</sup>

El hombre a medida que pasa los años, vive según las costumbres combinadas a su forma de ser, educación, cultura y como no a sus necesidades. Queda demostrado a lo largo del tiempo que los pequeños



actos determinantes de la higiene diaria y personal de las persona son importantes; para preservar un buen estado de salud, el cual puede impedir estar en contacto directo con virus o bacterias, de igual manera estar expuesto a muchas enfermedades, es decir conservar un estado de pulcritud del cuerpo. El adulto mayor abandona su higiene a medida que no encuentra apoyo por parte de su familia y/o cuidadores, cuando aparecen los miedos y no sobrellevan ciertas actitudes como sensación de pudor o de intimidad, conllevando a que descuide y pierda la costumbre de realizar ciertas normas higiénicas con facilidad, es decir a mayor dificultad que encuentre, mayor superarlas.<sup>37</sup>

A medida que uno envejece, la capa exterior de la piel se adelgaza, aun cuando la cantidad de capas celulares permanece sin cambio alguno, las células que contienen pigmento (melanocitos) se reduce, los melanocitos que quedan crecen de volumen, la piel se torna seca y aparece más delgada, pálida y transparente (traslúcida), manchas con pigmentos grandes por la edad, manchas hepáticas o lentigos que aparecen en lugares expuestos al sol; se le recomienda el baño a una temperatura de 35-37°C, y lo habitual debe ser entre 3 a más baños por semana y de 5-15 minutos de duración; con un producto específico para piel seca o descamada, en esta etapa las glándulas sebáceas elaboran aceite en menor cantidad mientras se envejece, el hombres presentan una menor disminución pasado los 80 años, y la mujer experimenta una disminución de aceite tras la menopausia, lo que evita poder mantener la piel humectada, causando resequedad y picazón; en lo posible se debe realizar una hidratación externa donde se deba aplicar una crema con alto poder de hidratación, los emolientes no sólo hidratan, sino que restauran la barrera de la piel que en el anciano está deteriorada, impidiendo así la pérdida de agua innecesaria a través de la misma.<sup>38</sup>

Estudios demuestran que las medidas de higiene básicas para prevenir enfermedades es el lavado de manos, y que son el contacto con el exterior,

razón por la cual transportan la contaminación a nuestro interior, el lavado de manos es indispensable cada vez que sea necesario siendo los momentos claves antes de comer, después de ir al baño, después de coger objetos, animales, esto permite disminuir la transmisión de enfermedades en esta etapa de vida donde la morbimortalidad son más frecuentes, y en especial este grupo etario se ve afectado y en periodos de frío, se presentan aumentando su frecuencia, aunado a la mutación de los microorganismos, bacterias, hongos y virus los cuales son los agentes causantes.<sup>39</sup>

El cepillado de dientes debe ser después de cada alimento, cuidando de usar los implementos necesarios, considerando la dentadura, el estado, consistencia o dentadura postiza, mientras la persona se hace mayor, se debe enfatizar en el cuidado de los dientes y la salud bucodental; al correr del tiempo se nos ha mencionado que es que es inevitable perder los dientes; siendo falso, si se tiene el cuidado correcto en los dientes estos puedes acompañarnos toda la vida, así mismo hay presencia de envejecimiento de los nervios de los dientes haciéndolos más pequeños, conllevando a que los dientes presenten debilidad ante la carie u otros problemas.<sup>40</sup>

El lavado de cabello es la limpieza y peinado de cabello que se hace como parte de la higiene personal, durante el envejecimiento se presenta debilitamiento de los bulbos o folículos pilosos en el lugar donde se da origen la cabellera, debido a que se contraen los vasos sanguíneos que nutren y proveen de oxígeno necesarios para su crecimiento, provocando que el cabello luzca opaco, más delgado y quebradizo y, y se produzca una pérdida del mismo tanto en hombres(donde es más notorio), como en mujeres, la perdida del cabello o alopecia es complicado su control, se debe tomar medidas que atrasen el proceso de caída, entre ellos el uso de un shampoo suave para cabello delicado, acompañado del uso de agua temperada para el lavado, así mismo protección contra los rayos ultravioleta evitando la resequedad en cuero cabelludo , el uso de gorra,

sombrero o pañoleta, al igual; el secado se realizara con una toalla y luego completarse con el secador de mano, peinar el cabello cuidadosamente a diario ya que este proceso favorece a la estimulación de la circulación capilar.<sup>41</sup>

El cuidado de los pies es una parte fundamental del cuidado de la salud, se deben revisar con mucha regularidad al presentarse enfermedades por mala circulación, ya sea resultado de uñas mal cortada, zapatos de uso inapropiado, siendo el inicio de preocupaciones en la salud como la diabetes, artrosis, enfermedades neurológicas y circulatorias, las afecciones por hongos como el pie de atleta ocasionan la piel seca, mucha picazón, heridas y descamación de la piel difícil de curar; por ello se debe de conservar los pies limpios y secos, asegurando el secado entre los dedos, cambio de medias diariamente así como zapatos a medida evitando usar zapatos apretados.<sup>42</sup>

El corte de uñas debe ser en ángulo recto evitando que se puedan incrustar, ayuda si esto no lo realizar la misma persona, auxiliándola y cortándolas de preferencia después del baño cuando estén en remojo; es importante recalcar que el cuidado de las uñas sobre todo de los pies requiere prestar mucha atención, en especial si la higiene deja mucho que desear por la presencia de esporas o de gérmenes patógenos, los adultos mayores con diabetes muestran cierta tendencia a las lesiones del lecho ungueal en las extremidades inferiores; es por tanto necesario que la higiene y el cuidado de los pies deba estar a cargo de técnicos cualificados (podólogo, pedicuro) y en especial atención merece la prevención de la llamada uña encarnada, situación muy molesta y recurrente.<sup>43</sup>

La vestimenta no solamente es un accesorio que define la personalidad, sino que también influye en la movilidad, comodidad y salud; conforme vamos envejeciendo requerimos que nuestra ropa nos brinde confort, libertad de movimiento y otras características que protejan nuestra salud;

la ropa que se utilice deberá estar en relación con la edad ya que a medida que se envejece hay cambios en los ajustes termorreguladores, los adultos mayores se proveen de ropas más cálidas para suplir la disminución de los mecanismos de termorregulación, es recomendable que usen prendas holgadas favoreciendo al aire que circule en todo el cuerpo, especial cuidado en las zonas genitales y con materiales que no afecten la dermis, por otro lado la ropa ajustada puede conllevar a incrementar la presencia de várices y celulitis, debido a una circulación deficiente en la sangre dando origen a que las venas se dilaten, la vestimenta deberá ser de prioridad con cierres o botones grandes, reuniendo las demandas de cada estación, según el gusto y la necesidad, el uso de zapatos de suela antideslizante y a medida, evitando los tacos o plataforma, lo considerado más importante en la vestimenta es la muda de ropa interior sobre todo preservarla limpia y seca ante la incontinencia urinaria; es de suma importancia que vista apropiadamente a la temperatura ambiente, esto contribuye a aumentar su autoestima sino mejora su vida cotidiana.<sup>44</sup>

### **Reposo y sueño**

Dormir es una tarea totalmente necesaria, dentro de esta actividad se realizan funciones fisiológicas necesarias para el equilibrio psíquico y físico del adulto mayor, para restablecer la homeostasis del sistema nervioso central y demás tejidos, proporcionar depósitos de energía celular y fortalecer la memoria. El reposo es un estado de actividades mentales y físicas reducidos, que origina que la persona se sienta fresco, rejuvenecido y preparado a reanudar las tareas diarias; el descanso no es un estado de pasividad, demanda tranquilidad, relajación libre de estrés emocional y de ansiedad; el adulto mayor que descansa se le observa relajado, sin ansiedad y calmado; el significado y la necesidad de descanso varían según los individuos; cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo.

El sueño es un estado fisiológico habitual determinado por la supresión casi total de la actividad consciente, de nexos entre las funciones vegetativas; en cuanto a las características del sueño, difieren en algunos aspectos en relación a otras etapas; en la reducción de la duración del sueño por las noches, preferencias a las siestas o "cabeceadas" múltiples en el transcurso del día, sueño fraccionado, aumento en los despertares nocturnos, reducción en la disposición para recuperar el sueño después de periodos de escasez de este; requiere 7-8 horas como promedio de sueño diario, reduciendo las horas de sueño; el ritmo de sueño-vigilia continúa tras la oscuridad-claridad de la naturaleza, no obstante esta necesidad del sueño cambia de una persona a otra, por costumbre se duerme por las noches diariamente, a diferencia de algunas culturas (como la mediterránea) que fraccionan el sueño: una parte es en la siesta, la otra parte al mediodía y un sueño por la noche pero de corta duración.<sup>45</sup>

El sueño presenta dos fases: sueño de movimientos oculares rápidos, o sueño REM (Rapid Eye Movement) y sueño no REM. El sueño REM, llamado "sueño onírico", considerado la fase activa es donde el cerebro se mantiene activo. El NREM, denominado sueño de onda lenta, tiene 4 etapas produciendo un sueño cada vez más profundo. Dichas etapas ocasionan un patrón o ciclo repetido de NREM seguido de REM, con una duración 90 minutos aprox. Repetidos de 4 a 6 veces tras el período de descanso que es en promedio de 7 a 8 horas, lo cual es requisito necesario para que el sueño pueda ser restaurador y renueve la energía, si se despierta en alguna fase de estos ciclos, el descanso se corta y empieza a coordinar el sueño nuevamente desde la fase inicial NREM; es decir, si uno se despierta más veces en la noche incrementa la probabilidad que este descanso no sea reparador; el adulto mayor que no descansa bien se muestra irascible, nervioso, soñoliento; el ciclo sueño-vigilia lo dicta un reloj biológico inherente o ritmo circadiano. Aquellas alteraciones en los patrones individuales afectan el ritmo circadiano cambiando el ciclo del sueño; estas alteraciones se presentan en el 12 al 25 % de la población,

casi siempre relacionados al estrés, enfermedades consecuencias del, envejecimiento o administración de fármacos. Los trastornos del sueño frecuentes son: la somnolencia, el cansancio, el insomnio y los trastornos del ritmo de los ciclos del sueño- vigilia.<sup>46</sup>

A medida que avanza la edad el sueño pasa por modificaciones, es decir el sueño nocturno suele fragmentarse, se reduce la totalidad de éste y la cantidad de sueño profundo (estadios III y IV);, al promediar los 60 y 70 años el sueño se vuelve lento, profundo siendo ausente, trayendo efectos en el sueño ligero (estadios I y II); alrededor de los 60 años pasan en cama sin dormir mucho tiempo, aumentando la continuidad de idas al baño por las noches y despertándose temprano en las primeras horas del día; entre los 70 y 80 años, aumenta considerablemente los despertares nocturnos, se suele pensar que se tiene una mala disposición para el sueño; el ciclo de vigilia en el transcurso del día comienzan a presentar lapsos cortos de sueño de duración hasta de 10 segundos o por siestas; los hombres presentan menos continuidad del sueño a diferencia de las mujeres, siendo más difícil disfrutar de un sueño continuo, en especial las 2 horas finales del sueño. Pasado los 65 años se duerme poco en general y la diferencia de sueño prácticamente no varía entre hombres y mujeres. <sup>47</sup>

La duración del sueño se relaciona con la edad: desciende durante el primer año de vida desciende lentamente al cumplir los 20 años y se normaliza al entrar en edades geriátricas, para después volver a descender progresivamente; el ciclo vigilia-sueño es característico por una disminución de tiempo total de sueño nocturno, un incremento fastuoso de cantidad y duración en los despertares nocturnos, aparición adelantada de la fase I REM, una disminución del sueño lento, causando somnolencia y muchas veces fatiga diurna; al parecer al incrementarse la edad disminuye la capacidad para sostener el sueño: es difícil dormir sin cortes de sueño y disminuye la capacidad para mantener la vigilia, es decir, cuesta más permanecer despierto. La “eficacia del sueño” es el concepto resultante de

dividir el tiempo total pasado en la cama por el total de tiempo que se está dormido. Evidentemente el adulto duerme la gran mayoría de horas que está en la cama, en tanto el anciano tiende a pasar demasiadas horas de vela.<sup>48</sup>

Los procesos reguladores del sueño entre ellos: el proceso homeostático, proceso por el cual la vigilia eleva la presión por dormir, disminuye, sin embargo, su eficiencia con el envejecimiento, el proceso circadiano, que condiciona actividad diurna y sueño nocturno, tiende a preservarse un tanto mejor. El recuperar la energía debe ser porción integral del proceso homeostático, nos refiere que el dolor corporal está relacionado a no dormir bien, el cual se va incrementando con la edad. El sueño es beneficioso porque libera hormonas anabólicas, y su disminución se relaciona con los procesos del envejecimiento. Niveles de adrenalina de la vigilia, disminuyen por el predominio colinérgico durante el sueño, la perturbación del sueño afectaría la presión arterial, el ritmo cardíaco, y sus efectos sobre la circulación, la atención, y memoria de corto plazo pueden verse comprometidas por problemas de sueño el cual se asocia con micro infartos cerebrales, riesgo de ictus y deterioro cognitivo secundario.<sup>49</sup>

La siesta es un periodo de descanso que habitualmente se da tras comer; por otra parte el sueño en las noche es fundamental en la salud de las personas, no debemos dejar de lado la siesta, en los adultos mayores beneficia en restablecerla energía, dinamismo, ganas de vivir y especialmente en el buen humor; dicho beneficioso se ve reflejado en la salud, el trabajo, y toda nuestra existencia, la siesta incrementa la calma, la disminución del estrés durante cierto tiempo, por el hecho de que los efectos negativos del estrés son reconocidos como generadores de enfermedades coronarias o cardiovasculares. En cualquier caso, la verdadera siesta no tendrá que pasar los 30 min. Ya que puede tener efectos negativos sobre la concentración y demás capacidades con una notable dificultad sobre el despertar, la siesta es una práctica estrictamente

útil para el desarrollo físico y neurológico; además favorece para que toleren mejor el día y tengan una mejor calidad de vida.<sup>50</sup>

La cantidad necesaria de sueño permanece constante a lo largo de la vida adulta, se recomienda que los adultos mayores duerman de 7 a 8 horas todas las noches; cuando se es mayor los patrones de sueño varían, ya que el proceso de envejecimiento conlleva a presentar inconvenientes para conciliar el sueño, se despiertan a cada rato en las noches, en la mañana están levantados las primeras horas, con mucha dificultad de quedarse dormido y pasar más tiempo en la cama; la transición entre el sueño y despertarse con frecuencia es abrupta, haciendo que tenga un "sueño más ligero" que cuando eran jóvenes. La perturbación puede alcanzar el ámbito social del adulto mayor, se frustra a menudo porque se despertó muy temprano, cuando el resto de los integrantes familiares están durmiendo; así mismo, se siente desanimado al no poder participar en reuniones o eventos sociales previstas pasadas las 20 horas; pero, como se adquiere una rutina, así se acuesten tarde se despiertan demasiado temprano.<sup>51</sup>

El insomnio suele considerarse uno de los problemas más frecuentes, no se debe confundir el insomnio con fragmentar el sueño fisiológico que se da a consecuencia de la edad; es sencillo distinguirlo ya que la fragmentación del sueño nocturno y fisiológico conlleva a una ligera armonía del sueño, tras que el insomnio no; su repetición se incrementa con la edad, principalmente la forma crónica, en los componentes del insomnio se refleja la depresión, los síndromes respiratorios, la incapacidad, la percepción subjetiva de estar enfermo. Los adultos mayores que están institucionalizados muestran un incremento sobre el riesgo en la interrupción del sueño dado que existe una combinación de anomalías en los estados fisiológicas subyacentes, ejemplo de ello es la incontinencia y la nicturia, sumado a factores ambientales externos entre ellos la interrupción del sueño por ruido, exposición a la luz durante la noche, logrando que disminuya la melatonina e incremente la vigilia por las



noche; el insomnio también; se da como resultado de la alteración en la forma de vivir, vinculados al jubilarse, divorciarse, enviudar como también influye la ocupación, bajo nivel socioeconómico y del incremento de enfermedades causantes de insomnio comórbido.<sup>52</sup>

### **Uso de tiempo libre**

Al avanzar la edad, la actividad física-intelectual y la disposición por el entorno dirigidas a tareas de recreación y ocio productivo, ayudan al bienestar y al estilo de vida de las personas; el ocio y la recreación, en el adulto mayor, se aprecian y entienden como algo sencillamente personal, es decir el tiempo libre el cual debe reflejar como una acción que se proyecta en lo social hasta las situaciones que lleven el incremento del estilo de vida de este grupo. Una gran cantidad de dicho grupo etéreo que aun siendo jubilados, enfrentan un tercio de su vida por vivir, demandan, exigen, y buscan lugares de enseñanza, de actividad que los haga sentirse que encajan en la sociedad; el tiempo libre debe reflejarse y proyectarse como una acción social creadora de condiciones las cuales faciliten el aumento de la calidad de vida, contribuyendo desarrollar estilos de vida más saludables y autónomos, teniendo en cuenta que la recreación es un proceso activo, participativo y dinámico que permite comprender la vida como una vivencia de disfrute y libertad, en completo aumento de las capacidades de la personas que tienen que ver con su real para su crecimiento y desarrollo en busca de una mejor calidad de vida tanto de manera individual como social, tras el ejercicio de actividades físicas, intelectuales o de esparcimientos.<sup>53</sup>

En los tipos de recreación figuran las instrumentadas, permitiendo como primera alternativa la elección de elegir, entre ellas: la recreación artística y cultural, recreación deportiva, recreación pedagógica, recreación ambiental, recreación comunitaria, recreación terapéutica. En lo que hace referencia a la recreación artística, cultural, deportiva y pedagógica

muestran como objetivo primordial el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades distintas; ayudar a ejercer la creatividad y permitir experiencias que colaboren con bienestar y autoestima. Por ende, dichas modalidades de recreación crean lazos de relaciones interpersonales; así como la integración social entre personas, mostrándoles más independientes y autosuficientes en temas relacionados a la salud y el bienestar psicológico.<sup>54</sup>

Las manualidades forman parte del envejecimiento activo, facilitan diversos beneficios como: mejorar la estimulación cognitiva, la psico-motricidad y fomentación de la socialización; la preparación de dichas manualidades incrementa al mejoramiento del físico, como la prevención o disminución de dolencias entre ellos la artrosis, siendo actividades que se elaboran con las manos y aumenta los movimientos de las mismas, logrando que adquieran fuerza y elasticidad; a la par trabaja en conjunto con la visión, en donde es necesario la observación detallada (cortar, pegar o enhebrar distintas partes del objeto construido); promover las tareas cognitivas, ya que en ellas hay demandas de concentración y la atención útiles en actividades de la vida diaria, unido a beneficios físicos, psicológicos y sociales que también incrementan la autoestima y alientan a pensar, que a pesar de los años sigue siendo útil y capaz de elaborar trabajos ya sean manuales de forma correcta y satisfactoria; es más este tipo de labores incrementa su socialización, ya que muchas veces son trabajos grupales donde se puede relacionarse con la familia y la comunidad, a los mismo que con personas de cualquier edad.<sup>55</sup>

Los talleres de cocina y repostería se realizan con el fin de conseguir los siguientes objetivos en el adulto mayor: promover la comunicación y la relación entre las personas, estimular diferentes áreas (psicomotricidad, planificación y ejecución de tareas, memoria, creatividad) en tareas involucradas en la rutinas de la vida diaria, alentar incrementando la parte solidaria entre ellos, tras la preparación de alimentos que comparten, eso

ayudara a mejorar su autoestima ofreciéndoles la posibilidad de ser los protagonistas.

La actividad mental juega fundamental en las funciones intelectuales, estudios realizados comprueban que leer es la base protectora del bienestar mental, porque reduce los niveles de estrés, siendo la lectura un instrumento que elimina la sensación de ansiedad, angustia, soledad o nerviosismo; es más, leer frecuentemente contrarresta el deterioro cognitivo, porque requiere el ejercicio de distintas zonas del cerebro; un adulto mayor, por lo general, lleva una vida con una menor cantidad de estímulos externos, lo que genera un ensimismamiento y una percepción de que las preocupaciones personales son mucho más severas; por otra parte, se promueve la creatividad y la imaginación.<sup>56</sup>

Según estadísticas en el Perú nos refleja que la televisión es el medio de comunicación que más se consume en este país y en la mayoría de países desarrollados, el 97% de adultos mayores ve televisión durante 4 a 6 horas, algo excesivo cuando se recomienda ver más o menos la mitad, es decir dedican tres veces más tiempo de su tiempo despiertos a ver TV que los adultos más jóvenes; su categoría favorita son los noticieros, seguido de los programas de entretenimiento. La TV es considerada el medio más entretenido y educativo, pero también el más sensacionalista, perciben un contenido inadecuado en el horario familiar: violencia (80%), palabras groseras/insultos (64%), situaciones de mal ejemplo para la sociedad (60%) y trato discriminatorio (55%); otras fuentes mencionan que ver excesiva TV se relaciona con una deficiente salud cardiovascular y ósea, elevado riesgo de obesidad y de diabetes tipo 2, poco regocijo por la vida, menor implicación y frecuencia en actividades recreativas, sociales y físicas, así como un elevado riesgo de demencia.<sup>57</sup>

Existe un fuerte vínculo entre la música y el cerebro y las conexiones neuronales), los resultados obtenidos en diversos estudios, fortalecen la

idea de que percibir activamente los sonidos, en el lapso de la vida, posee altas consecuencias en la actividad del SNC; se debe desarrollar y potenciar la mente a través de la música obteniendo un efecto positivo, disminuyendo la desorientación o pérdida de memoria. Se puede: escuchar música para elevar la disposición de aprendizaje y la comunicación, lo cual ayudará a mejorar el humor, además de aliviar el dolor crónico; la música en esta edad disminuye el nivel depresivo o de angustia, acompañado con el baile, mejora el equilibrio y evita sufrir caídas; los ejercicios que se mezclan con la música y movimientos rítmicos ayudan a disminuir el riesgo de caídas con problemas de equilibrio o un historial de caídas. La música y el baile mejoran el equilibrio y la capacidad para caminar; además que repercute en la salud, en el estado anímico, contribuye a superar las emociones y los hace sentir útiles en una actividad.<sup>58</sup>

### **Interacción social**

La interacción social son todas aquellas pautas e intervenciones, proyectadas a permitir que la persona aumente sus capacidades personales y sociales, siendo el único protagonista de los procesos de socialización. Dichos procesos actúan simultánea y progresivamente a través de la implicación del propio individuo de modo activo. En lo referente a interacción social en los adultos mayores se debe centrar en la comunicación e interacción para incrementar el efecto de conexión social, posibilitando la comunicación intergeneracional con escasa costumbre en el uso de la tecnología y que habitualmente estaban imposibilitados de encontrarse físicamente con su familia y grupo de amigos, por lo que ayuda a que induzca a la interacción social cara a cara con los adultos mayores, promoviendo la conversación, haciéndola más agradable y enriquecedora.<sup>59</sup>

La conservación de la salud mental se debe cumplir desde la prevención primaria por medio de la educación tanto de ellos mismos, como de la

familia, donde se involucren y estén interesados en atenderlos y apoyarlos, siendo de prioridad fomentar la autovalencia sobre todo al llegar a esta edad y por tanto sepa cómo hacer frente esta etapa de vida. Muchos adultos mayores caen en depresión si modifican su hábitat, son institucionalizados o se les modifica tajantemente sus costumbres; estudios revelan que el lugar en donde se viva va contribuir a mejorar la salud mental, los programas de incorporación social se centran en metas como: orientación en el tiempo de ocio, derivaciones a los servicios sociales de base y recursos normalizados, asesoramiento en los diferentes ámbitos, en definitiva, ayudar a la búsqueda de recursos que faciliten que la persona logre alcanzar su plena integración social. El ser humano vive en sociedad, forma parte de un sistema. Dicha integración social potencia la autoestima personal y eleva el bienestar individual de quien se relaciona con los demás. Sin embargo, existen situaciones en las que las personas pueden estar en riesgo de exclusión social. Por ejemplo, la precariedad económica puede estar vinculada con la exclusión social.<sup>60</sup>

Tras la jubilación, desaparecen muchas personas entre ellos colegas y amigos casuales, la gran parte de ellos mantiene un círculo social estable: amigos cercanos y familiares en los cuales pueden confiar, recibiendo apoyo social continuo, influenciando en su vida para bien o para mal; la mayoría de los adultos mayores tienen amigos cercanos, y los que poseen un grupo activo de amigos son más saludables y felices, pues en esta etapa, los amigos alivian el choque con el estrés sobre la salud física y mental. Si encuentran a quien confiar sus preocupaciones, sentimientos y pensamientos lleva mejor los cambios y crisis del envejecimiento, conservando un mejor estilo de vida. Los adultos mayores habitualmente se aíslan cuando su entorno ya sea su cónyuge, un amigo cercano o familiar se enferma o muere, al igual que cuando los hijos se mudan lejos del seno familiar.<sup>61</sup>

Muchos estudios realizados en el campo de la gerontología muestran como la población de 60 años a más, está afligida por el problema de soledad e inactividad física, mental social; causando secuelas, de tal manera el resultado a esta problemática se ofrecen "Clubes de la tercera Edad", programas orientados a establecer un aspecto positivo sobre el adulto mayor a través de la presencia activa de cada integrante de dicho club, justificado por la ausencia o indisposición de este grupo a la recreación, retroacción y oportunidad generar en ellos valores positivos; es decir un lugar donde se sienten cómodos, disfruten de un sin número de eventos que les permita mantener y mejorar sus condiciones de vida; es decir se basa en el desarrollo de actividades recreativas, deportivas y culturales dirigidas a fomentar la autonomía, gratificación, liderazgo y participación en el entorno socio familiar.<sup>62</sup>

El adulto mayor necesita llevar un ritmo de vida que sea tranquila y calmada, sin estresarse, por ello la relajación es vital para el organismo tanto en la salud mental como física para lograr el equilibrio vital, la función principal de las terapias de relajación se vinculan con el nivel psicológico; es decir la relajación permite disminuir la presión mental, posibilitando a aquellos que usan esta técnica logren un alto nivel de calma favoreciendo al control del estrés, o ansiedad, terapia especialmente conveniente después del algún proceso dramático o manifestaciones de una demencia, es preciso recordar que con la relajación conseguimos descender las cifras de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, disminuyendo el ritmo respiratorio tras regular la respiración, contribuimos incrementando el oxígeno el cual es transportado al cerebro y a las células, estimulando el torrente sanguíneo, reduciendo la tensión muscular; es decir aquello que origina un estado de descanso profundo, indispensable cuando se trata dolencias físicas, el mismo transcurso del tiempo y algunos padecimientos generan problemas en ellos, que casi siempre no son sencillos de abordar.<sup>63</sup>

## **Actividades de prevención**

La prevención de enfermedades es una estrategia de la atención integral de nivel primario el cual se realiza en el adulto mayor; con énfasis en detectar precozmente enfermedades o incapacidades, buscando el retardo de los fenómenos que intervienen en el envejecimiento; siendo prioridad detectar precozmente enfermedades o incapacidades para retardar dicho proceso y así poder lograr una restauración eficaz y lograr niveles funcionales altos, las exigencias y características físicas de ellos hace necesario elaborar programas específicos; el cual no debe basarse en incrementar la esperanza de vida, es decir darle un nuevo concepto a la esperanza de vida, el cual debe ser libre de incapacidad.

Los cambios sobretodo físicos que sufren los adultos mayores en sus organismos debido al envejecimiento hace obligatorio que pasado los 60 años requiera evaluación médica de forma periódica, ya que dicha limitación funcional podría duplicarse al promediar los 70 años y triplicándose a los 80 años, dada la evaluación, es vital evaluar los datos generales ya que son de mayor trascendencia en la salud; aunque la edad no es por si solo determinante, tiene un significado por ser un indicador de riesgo para la limitación funcional, la realización de exámenes periódicos son una dolencia, ya que se incrementa la probabilidad de que se presenten nuevas enfermedades, la cual no haya tenido ninguna molestia o sintomatología hasta encontrarse en una etapa muy avanzada, por ello se debe recomendar acciones como: descarte de diabetes cada 3 años, detección de hipertensión anuales, medidas antropométricas (peso, talla y cintura), aplicación de vacunas que se encuentren dentro del esquema de vacunación recomendado, evaluación constante del estado de nutrición promoviendo una alimentación saludable basado en el ejercicio de forma diaria, despistaje de cáncer cérvico uterino a través del Papanicolaou a mujeres de 60 a 65 años cada 3 años; pasados los 65 años sin detección previa, 2 estudios con diferencia de un año, despistaje de cáncer de mama,

cada año en mujeres de 60 a 69 años de edad y mastografía cada 2 años en mujeres de 60 a 69 años, ante la presencia de tos acompañado de flemas, por más de 15 días pedir el examen de tuberculosis pulmonar, del mismo modo análisis de hemoglobina, de preferencia anualmente.<sup>64</sup>

Los adultos mayores están más expuestas a padecer otras situaciones que, si bien no son enfermedades constituyen problemas en la salud (ej.: las caídas y la inmovilidad), por ello es de suma importancia preguntar sobre enfermedades cerebrovasculares, padecimientos articulares, trastornos ortopédicos que dificulten la marcha, enfermedad de Parkinson, demencias o alcoholismo.<sup>65</sup>

La hipertensión arterial no controlada incrementa el riesgo que desarrolle padecimientos cardiacos (como insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio o muerte súbita de origen cardíaco), deterioro en los riñones o un ACV. Por otra parte incrementa el daño renal como ceguera; pero, el control periódico de este problema sanitario se puede prevenir y controlar si disminuimos el consumo de sal: con una dieta equilibrada, sana; la práctica sistemática de ejercicios y evitan hábitos tóxicos, como cigarro y alcohol; por tal motivo, se debe adoptar decisiones que supriman dichos índice el cual favorece a el incremento de los valores normales de la presión arterial; en ocasiones, con ellas solamente pueden normalizarse las cifras tensionales, los índices de morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares han descendido en el mundo, debido que se enfatiza más en programas preventivo promocionales, así como en intervenciones de las entidades de salud.<sup>66</sup>

El colesterol llega a incrementarse más allá de la genética por una inadecuada alimentación sumado al sedentarismo, una desmesurada alimentación sobretudo de origen animal incluido sus grasas, son ricos en ácidos grasos trans, el elevado incremento de azúcar (el cual entra en una ruta metabólica que conlleva al aumento de la producción de colesterol) y la carente practica del ejercicio e inactividad se considera las llaves para



incrementar el colesterol; la reducción de la concentración de colesterol en sangre es la base para mejorar la dieta habitual, es decir, mayormente las personas con colesterol alto continúan alimentándose inadecuadamente en relación a su peso; también a la estatura, a la edad y a la actividad física o su estado general de salud; lo que lleva a consultar a un profesional sobre nutrición para obtener la plena seguridad de que la dieta que se vaya a seguir sea la adecuada para cada individuo.<sup>67</sup>

Con el paso de los años, el nivel de colesterol se eleva de lo que es considerado lo normal, conllevando al riesgo de sufrir de arterioesclerosis, las hormonas de la mujer (estrógenos), les confieren un efecto protector contra el hipercolesterolemia, pero la situación cambia cuando llegan a la menopausia, porque esas hormonas disminuyen. En los hombres no existe tal protección hormonal; la obesidad, la ausencia de actividad física y la diabetes son otros factores de riesgo muy importantes; si bien es cierto que el control de la hipercolesterolemia no brinda protección total contra las enfermedades del corazón, hay consenso en que es una de las maneras más importantes de reducir el riesgo de sufrir de un infarto o de un accidente cerebrovascular, porque al igual que la hipertensión arterial, el exceso de colesterol también es un asesino silencioso.<sup>68</sup>

El control metabólico continúa siendo de vital importancia para evitar complicaciones, estudios demuestran que los grupos actualmente entre 65 y 75 años y que desarrollan diversas actividades tiene una expectativa de vida mayor que la de hace unos años, por ello, dicho grupo no debe de menospreciar la importancia de un control metabólico por lo menos aceptable, descompensarse constantemente ayuda a incrementar las complicaciones también conlleva a infecciones, deshidratación, poliuria, incontinencia y disminución de las funciones cognitivas, especialmente el aprendizaje, razonamiento y funcionamiento psicomotor. Llevar un buen control de la diabetes significa acercarse lo más posible a un nivel de glucosa en la sangre normal y de la forma menos riesgosa posible.

El control estricto de la glicemia ha llegado a mejorar la vida de las personas disminuyendo la morbimortalidad de los pacientes diabéticos, el cambio del estilo de vida, las recomendaciones que seguir en una dieta adecuada, son la base principal del tratamiento de los diabéticos tipo II. Cabe resaltar la aceptación a cambios saludables en el estilo de vida no es fácil para las personas sobre todo para el adulto mayor, los cuales se idealizan que tomar comprimidos es, a menudo, la mejor opción.<sup>69</sup>

Cuando se envejece, se pierde musculatura, reconociéndola como sarcopenia, la masa muscular se reduce, el tejido graso se centra llenando los espacios y se empieza a acumular las grasas a medida que la edad avanza y lo que incrementa es el peso, la sarcopenia y sobretodo en obesos se relaciona a una deficiencia y una mala actividad, en que las cifras de índice de masa muscular señalan obesidad son señal de una mala salud. En el adulto mayor la obesidad se vincula a la inmovilidad, ya que el tejido musculatorio no es suficiente, ni posee tal fuerza que un joven el cual realiza más movimientos y así evita el exceso de peso corporal; lo cual designamos como “obesidad sarcopénica”; el mismo que se vincula con afecciones como el síndrome de apnea del sueño (espacios en la respiración con ausencia de oxígeno en periodos de sueño y somnolencia excesiva en el día), el reflujo gastroesofágico (paso de contenido ácido desde el estómago al esófago), la insuficiencia venosa crónica y artrosis de articulaciones asociadas a la sobrecarga.

La obesidad “más peligrosa” es la que parte del tejido graso almacenado en la región abdominal (perímetro de cintura superior a 102 cm en hombres y a 88 cm en mujeres), el cual se vincula a un alto riesgo cardiovascular. La diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la elevación del colesterol y de los triglicéridos tiene un nexo en frecuente lo cual limita la labor de la insulina. Por otra parte, el hígado se torna graso dicha estado se denomina esteatosis hepática. Dicha alteración del metabolismo da lugar a una

“inflamación persistente” el cual conlleva a la entrada de muchas enfermedades, las cuales cumplen un papel importante en el bienestar.<sup>70</sup>

El adulto mayor debe evitar la aparición de enfermedades y discapacidades, el esfuerzo preventivo a lo largo de la vida se debe iniciar precozmente porque al transcurrir del tiempo pueden volverse crónicas y degenerativas, es decir si conservamos estilos de vida saludable en el lapso de la vida aseguramos una vejez sana. Distintas intervenciones preventivas en el adulto mayor son útiles para disminuir o retrasar la enfermedad y la discapacidad. Los programas de promoción de la salud para poseen un alto potencial para determinar la salud de este grupo. La medida preventiva que ha señalado ser eficaces es el programa de inmunización; es decir la vacuna antigripal, ya que entre las personas que tienen alto riesgo de tener complicaciones relacionadas con la gripe están precisamente los mayores de 65 años.<sup>71</sup>

## **ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES**

Las enfermedades crónicas, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, son afecciones de prolongada duración y generalmente de progresión lenta, su incidencia de dichas enfermedades crónicas en las últimas décadas se ha elevado considerablemente, causa de dicho incremento son los malos hábitos (sedentarismo, el tabaquismo o la mala alimentación) los cuales son un factor de riesgo para padecer una enfermedad crónica; por otra parte el envejecimiento poblacional revela que estos padecimientos son más propensos, mientras más viven tienen más probabilidades de presentar una enfermedad crónica.<sup>72</sup>

Las enfermedades crónicas poseen factores de riesgos comunes y modificables, demostrando que el gran porcentaje de dichas muertes por estas afecciones a nivel mundial son: alimentación mal sana, la inactividad, el consumo de tabaco, por ello la aparición de ciertas enfermedades

crónicas está estrechamente vinculada a la genética, afectando en un 25% a su desarrollo, por otro el 75% que resta involucra a los estilos de vida de la persona.<sup>73</sup>

Su impacto es elevado, por el deterioro de los órganos del cuerpo, ya sea la estructura ósea, masa muscular; o que disminuye el funcionar de los órganos sensoriales. Se hace frecuente la pérdida de la memoria, escasa labor intelectual volviéndose más lenta, se reduce la capacidad de atención, el razonar lógico y el cálculo; dichos eventos sumados a enfermedades crónicas hacen que adulto mayor se sienta incapacitado para desarrollar completamente su autonomía e incrementa su vínculo de dependencia con el medio.

### **Enfermedades cardiovasculares**

Cuando mencionamos el término enfermedades cardiovasculares se menciona a los trastornos vinculados con el corazón o vasos sanguíneos. Este grupo de enfermedades incluyen al infarto agudo de miocardio, angina inestable, accidente cerebrovascular, aneurisma, aterosclerosis, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de la arteria coronaria y enfermedad vascular periférica. Los principales factores relacionados a las enfermedades cardiovasculares son la hipertensión arterial, colesterol alto, sobrepeso y obesidad acompañado de un mínimo consumo de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco. Por tal motivo dichos factores de riesgos detallan que un 80% de las muertes son a causas de cardiopatía isquémica en todo el mundo, y un 60% de dichas muertes son causadas por accidentes cerebro vasculares.<sup>74</sup>

## Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es un síndrome el cual se caracteriza por el incremento crónico y constante de la presión arterial. Estudios revelan que un 90 a 95% de hipertensos padecen hipertensión primaria o esencial, el cual es una patología heterogénea y poligénica. La hipertensión arterial, definida como una presión arterial sistólica >140 mmHg, presión arterial diastólica >90 mmHg, o ambas, siendo la principal causa de padecimientos cardiovasculares, insuficiencia renales y por tanto la muerte. El vínculo entre la presión arterial y el riesgo cardiovascular es muy alto, a la par con múltiples factores. La disminución de la presión arterial en adultos mayores hipertensos se relaciona con la reducción de 50-60% de riesgo de padecer un accidente cerebro vascular y con disminución de un 40-50% en el riesgo de muerte por un infarto agudo de miocardio.<sup>75</sup>

La presión arterial suele incrementarse al transcurrir los años, así como otros padecimientos o enfermedades, la cantidad de fibras de colágeno en las paredes de las arterias se incrementa, lo que hace que los vasos sanguíneos se tornen más rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se eleva la presión arterial.<sup>76</sup>

La presión arterial muestra un incremento gradual a través de la edad y el modelo de hipertensión cambia, se observa que la presión arterial sistólica evidencia un aumento continuo mientras que la presión arterial diastólica disminuye al entrar a los 50 años en hombres y mujeres, constituyendo un factor muy elevado para la presencia de enfermedades cardiovasculares.<sup>77</sup>

Las enfermedades en el adulto mayor relacionadas a la vejez favorecen al aumento de las cifras de presión arterial sistólica sobre todo las que se vinculan con las modificaciones fisiológicas que atraviesa el organismo en el trayecto del envejecimiento. Otros factores relacionados son estilo de

vida que lleva cada persona, así como los factores ambientales, la dieta consumida por cada persona en el trayecto de su vida, consumo habitual de sal, consumo de alcohol, realización de actividad física y control de peso; provocando que dé lugar a una gran variabilidad interindividual.

Las modificaciones relacionadas al envejecimiento y responsables al incremento gradual de la presión arterial sistólica, son aquellas modificaciones que se presentan en las paredes de las arteriales y en los sistemas de regulación neurohormonal. Así mismo, el mecanismo básico que da lugar al incremento gradual de la presión arterial sistólica con la edad se da por la falta de elasticidad y distensibilidad de las arterias, sumado a su rigidez y elevación de la resistencia vascular periférica. No cabe duda que, las primeras muestras morfológicas observadas en el adulto mayor son un severo incremento en el grosor de la capa interna, por el almacenamiento de calcio, colesterol y tejido conjuntivo, como también en la capa media.

De esta manera se produce el endurecimiento de las arterias, haciendo que se tornen más rígidas y menos elásticas con poca entrada de luz vascular y, por tal motivo, un incremento de las resistencias periféricas el que conllevará al incremento. Una de las primeras consecuencias de dichos eventos morfológicos presentados en la arteria es la predisposición al aumento de la presión arterial, especialmente la presión arterial sistólica.<sup>78</sup>

## **Dislipidemias**

Son un grupo de padecimientos muchas veces asintomáticas provocadas por la alteración del metabolismo con referencia a los lípidos o lipoproteínas sanguíneas. Se catalogan por síndromes que encierran diferentes causas y variados riesgos cardiovasculares. La detección y tratamiento de dicha alteración en los lípidos son la base para prevenir y manejar las enfermedades crónicas no trasmisibles. Dicho porcentaje de colesterol

sanguíneo está estrechamente vinculada sobre todo en enfermedades coronarias y es un factor de riesgo modificable. Se calcula que en países de ingresos altos, las cifras de colesterol-LDL por arriba de 147 mg/dL (3.8 mmol/L) es responsable de más de 50 % de las enfermedades cardiovasculares. La clínica de la dislipidemia se centra en los niveles séricos de las lipoproteínas y de sus lípidos o de su almacenamiento de ellos en lugares como la piel y tendones.

Las dislipidemias pueden ser causadas por defectos genéticos como la hipercolesterolemia familiar o la combinada, la hipercolesterolemia poligénica, la disbetalipoproteinemia, las hipertrigliceridemias familiares y el déficit de HDL. Los factores que incrementan las dislipidemias son la obesidad, la diabetes, la tiroides, la colestasia, el daño renal y el síndrome nefrótico. El diagnóstico corresponde a la escala sérica de las lipoproteínas y lípidos, se aconsejable determinar los niveles de colesterol total, triglicéridos y colesterol-HDL en el adulto mayor. Dicha medición no se debe realizar en personas que dentro de las seis semanas hayan pasado por episodios de estrés físico, sumado a patologías agudas, cirugía o disminución de peso. En correlación con el estándar normal de lípidos, se ha considerado su evaluación con base en el riesgo cardiovascular.<sup>79</sup>

Las dislipidemias sobre todo las secundarias se presentan en un gran porcentaje en los adultos mayores, los principales antecedentes son los estilos de vida sedentarios evidenciado con elevadas ingestas de grasas saturadas y colesterol; otras causas son la diabetes mellitus tipo II, el hábito excesivo de alcohol, el daño renal crónico, la tiroides, la cirrosis hepática y algunos medicamentos que contienen Tiacidas, los  $\beta$  bloqueadores, retinoides, antirretrovirales, estrógenos, progestágenos y glucocorticoides.<sup>80</sup>

La hipercolesterolemia corresponde a la elevación del colesterol total y/o colesterol LDL en la sangre. Otro término utilizado es DISLIPEMIA, el cual

puede estar acompañado por una disminución del colesterol HDL o de un incremento de los triglicéridos, el cual va establecer su diagnóstico de dislipemia cuando la contracción de CT, cLDL, TG, o apolipoproteína B (apoB) se presenten concentraciones por arriba del percentil 90, o el cHDL o la apolipoproteína A-I que presenten concentraciones por debajo del percentil 10 para la población general. Hablamos de colesterol total o hipercolesterolemia límite, si el nivel de colesterol está dentro de 200-249 mg/dl o hipercolesterolemia definida, si el niveles mayor de 250 mg/dl. Por otro lado, en prevención secundaria y en personas diabéticas se habla de hipercolesterolemia definida a niveles de colesterol total mayores a 200 mg/dl.<sup>81</sup>

El gran número de dislipemias se presentan en esta edad y sobretodo de naturaleza secundaria, el sedentarismo y el consumo excesivo de colesterol, grasas saturadas y trans saturados, elaborados por hidrogenación artificial de aceites vegetales frecuentemente útil en productos horneados y margarinas, engloban la causa más grande de hipercolesterolemias secundarias. Ciertas patologías se relacionan estrechamente con las dislipidemia, prueba de ello son la insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, diabetes mellitus, hipotiroidismo, enfermedad hepática colestasia, consumo excesivo de alcohol, y ciertos medicamentos, como diuréticos.<sup>82</sup>

## **Colesterol**

El colesterol constituye el esteroide de grasas naturales primordial y presente en el organismo, está dentro del organismo y forma parte de membranas celulares, lipoproteínas, ácidos biliares y hormonas esteroideas. El principal desorden provocado por el colesterol en el cuerpo se da por su exceso y lo establece la acumulación de depósitos de grasa en las arterias vitales, causando aterosclerosis, accidentes cerebro vasculares entre otras patologías, siendo el componente principal de los cálculos biliares. Los



depósitos de colesterol en las arterias son el umbral o puerta a la formación de ateromas (lesión característica de la arteriosclerosis que consiste en almacenes de grasa en las paredes internas de las arterias) y de patologías vasculares, entre ellas el infarto agudo de miocardio.

El comienzo del colesterol en el cuerpo proviene de dos fuentes, la externa (de la dieta) y la interna (producido por el organismo). El organismo es el encargado de elaborar su propio colesterol, cabe la probabilidad que los adultos mayores que no consuman cantidades de colesterol, tengan niveles sanguíneos elevados por tener algún desorden genético-metabólico que conlleva a dicha elevación. El órgano productor de colesterol es el hígado (10 % del total), también intervienen órganos como el intestino, corteza suprarrenal, testículos y ovarios. La síntesis del colesterol se regula por el consumo de colesterol en los alimentos. El colesterol al ser una grasa es insoluble en agua, si estaría libre en la sangre lo haría en forma de gota de colesterol y se mostraría en la sangre como gotas de grasa.<sup>83</sup>

La incidencia de algunos síntomas son el inicio de estarla desarrollando como es la sensación de pesadez y dolor hepático y vesicular, boca pastosa y seca muchas veces con halitosis, pesadez en el estómago y dificultades en los procesos digestivos, sobre todo al consumir alimentos ricos en grasas, eructos, gases e indigestión después de comer, estreñimiento, ganas de dormir tras ingerir las comidas principales, urticaria o prurito en la piel, dolor de cabeza o migraña, pérdida del equilibrio y mareos; estos síntomas suelen presentarse como trastornos de salud comunes que desaparecen de forma espontánea.<sup>84</sup>

### **Enfermedades endocrinas**

Son patologías asociadas con las glándulas endocrinas en el organismo, el cual fabrica hormonas, que son indicadores químicos secretados por medio de la corriente sanguínea; asistiendo al organismo a controlar los procesos,

entre ellos como la respiración, el balance de líquidos, la feminidad o la masculinidad, y manejo del peso.

El sistema endocrino es el conjunto de varias glándulas, comprendiendo la glándula pituitaria y el hipotálamo en el cerebro, glándulas adrenales en el sistema renal, y tiroides en el cuello, así como el páncreas, los ovarios y los testículos. El estómago, el hígado y los intestinos también segregan hormonas vinculadas con la digestión. Alteraciones endocrinas más comunes están vinculadas con una deficiencia en el páncreas y la pituitaria, la tiroides y las glándulas suprarrenales.

Las alteraciones endocrinas frecuentes incluyen la diabetes, acromegalia, la enfermedad de Addison, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Graves o hipertiroidismo que se ocasiona la elaboración masiva de hormona tiroidea, hipertiroidismo (tiroides hiperactiva), hipotiroidismo (tiroides poco activa), y prolactinoma (elaboración masiva de prolactina por la glándula pituitaria). Estas deficiencias regularmente presentan sintomatología generalizada, perjudican a diversas zonas del cuerpo, y pueden alterar en grado de leve a muy grave.<sup>85</sup>

### **Diabetes mellitus**

La diabetes es una alteración del estado de salud grave que ocurre cuando el páncreas no elabora la cantidad de insulina necesaria o cuando el sistema no utiliza de manera eficaz la insulina que elabora. La insulina es una hormona que controla la glucosa en la sangre. La consecuencia de la diabetes no tratada es la hiperglucemia, que a medida que avanza perjudica gravemente órganos implicados y sistemas, en particular los nervios y los vasos sanguíneos; puede deteriorar al corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios, aumentar el riesgo de cardiopatía, la neurosis de los pies unida con el decrecimiento de la corriente sanguíneo aumentan el peligro de úlceras

de los pies, gangrenas y, por último, amputación, la retinopatía diabética es un origen notable de ceguera y es el producto del deterioro de los diminutos vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a medida que avanza la enfermedad. El 1% de los casos a nivel mundial de ceguera es producto de la diabetes, la diabetes mellitus se ubica entre las primeras causas de daños renales, en los sujetos con diabetes el peligro de muerte es al menos 2 veces más alta que en los sujetos sin diabetes.<sup>86</sup>

La Diabetes de tipo 2 es la que se presenta en los adultos mayores, el cual es notoria por hiperglucemia ocasionada por un irregularidad en la secreción de insulina, que va seguido de resistencia a este tipo de hormona, los sujetos no requieren de insulina de por vida y pueden regular la glucemia con la alimentación y ejercicios diarios, o en conjunto con fármacos de vía oral o insulina suplementaria; por lo común, se origina en el adulto mayor, aunque está incrementando en todas las edades; está vinculada con exceso de peso, la falta de actividad física y la dieta inadecuada perjudica con alta continuidad a personas que sufren hipertensión arterial, dislipidemias y exceso de peso en la parte media del cuerpo; también llamado «síndrome metabólico». Los adultos mayores muchas veces no presentan síntomas o son poco visibles durante muchos años antes del diagnóstico, pueden manifestar elevación de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y reducción de peso inexplicable, además se pueden entumecer las extremidades, presentar dolores (disestesias) en los pies y visión borrosa, ocasionalmente esta enfermedad podría presentar pérdida de la conciencia o coma.

El diagnóstico se produce tras la manifestación de los signos comunes de hiperglucemia y una prueba de sangre anormal: una concentración plasmática de glucosa  $\geq 7$  mmol/L (o 126 mg/dL) o bien  $\geq 11,1$  mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de ingerir una solución con 75 g de glucosa,

aunque no siempre se puede realizar en los países de pocos recursos, la prueba de la hemoglobina glucosilada se realiza para conocer y poder controlar el nivel metabólico de la glucosa en sangre en los 2 o 3 meses anteriores, con propósito de orientar las decisiones de tratamiento.<sup>87</sup>

La diabetes mellitus ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en ceguera y discapacidades en el adulto mayor en países subdesarrollados, considerándose a los accidentes no ser causa de las amputaciones; con una tendencia de 15 a 40 veces de tener que sufrir la mutilación de una extremidad inferior en comparación con la población general, también influye en incremento de enfermedades renales, y se ha convertido en la causa única más común de enfermedades renales en fases finales, los adultos mayores con diabetes tienen la posibilidad de 2 a 4 veces mayor de presentar enfermedades cardíacas de aquellos que no padecen, poseen el mismo riesgo de infartos que los adultos sin diabetes que ya han sufrido uno, los derrames cerebrales se presentan dos veces más a personas con diabetes en diferencia a los que padecen de hipertensión solamente.<sup>88</sup>

### **Enfermedades metabólicas**

Las enfermedades metabólicas o de los metabolismos son las que intervienen en los procesos bioquímicos del organismo incluido el crecimiento y mantenimiento de la buena salud de los tejidos orgánicos, en la eliminación de sustancias de desecho y en la fabricación de energía llevando a cabo las funciones del organismo.

El común de los adultos mayores come y bebe todos los días sin ponerse a pensar en lo que sucede dentro del organismo, excepto que saben, que el estómago y los intestinos intervienen en la digestión en referencia a todo lo que consume. Pero, en realidad, la digestión es apenas el inicio, una vez que dichas sustancias son transformadas en sustancias útiles por el

organismo, comienza el proceso señalado como metabolismo. El metabolismo es una cadena de procesos bioquímicos que ayudan al organismo a aprovechar los nutrientes de los alimentos ingeridos para favorecer la función de crecimiento, conservar sanos los tejidos, eliminar los desechos y originar la energía necesaria para movernos, correr, saltar, jugar y una lista más larga de actividades. El metabolismo posee dos fases importantes: la construcción de células y tejido orgánico a partir de los alimentos (anabolismo) y la degradación de sustancias para su aprovechamiento (catabolismo).<sup>89</sup>

### **Obesidad y sobrepeso**

La obesidad y el sobrepeso se refieren a la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar a la salud, siendo responsable de muchas enfermedades relacionadas con ella como la diabetes mellitus, hipertensión arterial o la hipercolesterolemia; tal motivo hace imprescindible conocer de forma precisa cuándo se presenta problemas de sobrepeso.

Una manera fácil de evaluar la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), es decir se pesa a la persona en kilogramos dividiéndolo por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Una persona con un índice de masa corporal igual o superior a 30 es considerada obesa y con igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son causas de riesgo para múltiples enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Alguna vez considerados problemas de países con ingresos altos, la obesidad y el sobrepeso están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas.<sup>90</sup>

La origen principal del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, a menudo, es causado por el incremento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, rico en grasa, azúcar y sal; con escasas vitaminas, minerales, sumado al escaso ejercicio

físico, siendo resultados de una vida sedentaria o de las condiciones que se presentan en el trabajo, así como de la manera como nos desplazamos en esta creciente urbanización.<sup>91</sup>

Mientras más avanzada la edad, la obesidad es frecuente y el trastorno nutricional que conlleva a ella es frecuente para el adulto mayor, pasando los 65 años se presentan cambios inevitables en la contextura corporal, donde influye la nutrición y otros componentes del estilo de vida, siendo el principal la falta de ejercicio. La pérdida de la masa muscular y de los tejidos (excepto el adiposo) se reemplaza por el aumento de la masa grasa. En Américas la mayoría no conserva su peso ideal, son obesas o presentan bajo peso, estas dos realidades (obesidad y bajo peso) pueden asociarse con pérdidas severas que influyan en el sistema inmunológico de los adultos mayores, haciéndolos vulnerables a numerosas enfermedades.<sup>92</sup>

## **TEORIA DE ENFERMERIA**

Nola Pender, de profesión enfermera, creadora del Modelo de Promoción de Salud (MPS), manifestó que la conducta se encuentra motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial en las personas. Perfecciono su estudio en un modelo enfermero que proporcionara respuestas a la manera como los individuos toman decisiones del cuidado de su propia salud. Dicha teoría identifica en la persona factores cognitivos y preceptuales que son transformados por aspectos personales e interpersonales y aspectos situacionales, produciendo conductas favorables para salud, cuando existe una pauta para la acción.

El Modelo de Promoción de Salud sirve para establecer conceptos relevantes pertenecientes a conductas de promoción de la salud y para completar hallazgos, los cuales faciliten la generación de hipótesis comprobables. En la actualidad sigue siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad el cual explica la relación entre los factores que

influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo está basado en la educación de individuos y cómo cuidarse, llevando una vida saludable que es lo primordial; luego promover los cuidados logrando que menos personas se enfermen, gasten menos recursos, logrando más independencia en el adulto mayor mejorando su futuro.

## **ROL DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR**

El envejecer y poder adaptarse no es tan fácil, demanda que los profesionales que intervienen en su cuidado se identifiquen por una especial vocación y amor al trabajo con las personas mayores, reflejándose en actitudes y valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados, el cual se amplía a las personas que están a su alrededor incluyendo los cuidadores. El objetivo de la enfermería para geriatría es brindar ayuda enfrentando el proceso de envejecimiento, que sea entendido como un proceso natural, adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder en ellos la fuerza física, la autoestima, la energía, el conocimiento y las creencias.

Generalmente, implica la interacción directa con la red social de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. Es por tanto, que involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades, participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.<sup>93</sup>

## **II.c. HIPÓTESIS**

H1: Existe relación significativa entre los estilos de vida y las enfermedades crónicas prevalentes que tienen los adultos mayores de la comunidad El Trébol Pueblo Nuevo Chincha Diciembre 2016.

H0: No existe relación significativa entre los estilos de vida y las enfermedades crónicas prevalentes que tienen los adultos mayores de la comunidad El Trébol Pueblo Nuevo Chincha Diciembre 2016.

## **II.d. VARIABLES:**

**V1:** Estilos de vida en el adulto mayor.

**V2:** Enfermedades crónicas prevalentes en el adulto mayor.

## **II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.**

**ESTILO DE VIDA:** es la manera que tiene cada persona en vivir en relación a su alimentación, actividad física, hábitos de higiene, hábitos nocivos, reposo y sueño, entre otras actividades.

**ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES:** Son las enfermedades que tienen un curso prolongado no se resuelven espontáneamente, se tratan pero no se curan.

**ADULTO MAYOR:** Persona que tiene de 60 a más años.



## **CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **III.a. TIPO DE ESTUDIO**

Es de enfoque cuantitativo, porque los resultados se van a expresar en forma numérica, representados en forma gráfica y en tablas mediante el uso de frecuencia y porcentajes, de diseño no experimental, porque no manipula ninguna de las variables sólo las observa.

De acuerdo a su alcance es correlacional porque demuestra la relación entre las variables de estudio. De acuerdo al intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal porque los datos se recolectaron en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

### **III.b. ÁREA DE ESTUDIO:**

El estudio se realizó en la Urbanización Popular de Interés Social (UPIS) El Trébol Pueblo Nuevo, fundado el 30 de agosto de 1996, según el Registro De Personas Jurídicas de Chincha- asiento 1<sup>a</sup> - ficha 67, reconocido por Resolución Municipal Distrital 14 de febrero 2011 Resolución nº 0107 – AMDPN / 2011; que se encuentra ubicado a la altura de la 9<sup>na</sup> cuadra de Oscar R. Benavides del distrito de Pueblo Nuevo, perteneciente a la provincia de Chincha, departamento de Ica.

### **III.c. POBLACIÓN – MUESTRA**

La población estuvo conformada por 70 adultos mayores que viven en la comunidad El Trébol, Pueblo Nuevo, La muestra fue no probabilística, intencional y estuvo constituida por la totalidad de los adultos mayores que accedieron voluntariamente a participar en el estudio tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterio de Inclusión:**

- Adultos mayores de ambos sexos, mayores de 60 años.
- Adultos mayores que contaban con un buen estado senso-perceptivo.
- Adultos mayores que realicen su propio autocuidado.
- Adultos mayores sin discapacidades y limitaciones.
- Adultos mayores que deseaban participar de la investigación.

### **Criterios de Exclusión:**

- Adultos mayores con estado de dependencia.
- Adultos mayores que no se encuentran cuando se obtenga la información.

### **III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario para ambas variables; el cuestionario estaba dividido en: Datos Generales del usuario que incluyó cinco (05) ítems, contenido propiamente dicho con sesenta (60) ítems para la primera variable y respuestas de opción múltiple; la segunda variable con cuatro (4) ítems con respuestas dicotómicas. Para determinar si las personas adultas tenían sobrepeso se les pesó y talló para determinar el IMC. El instrumento fue validado por juicio de expertos y su confiabilidad demostrada a través del coeficiente Alfa de Cronbach.

Para el peso se usó una báscula graduada, se les pesó con ropa ligera y sin zapatos, se tomó su altura pegados a una pared con la espalda recta y los pies bien apoyados; se utilizó una cinta métrica.

Al inicio de la aplicación del cuestionario se les explicó a las personas que la información era confidencial y anónima, se les solicitó el consentimiento y participación voluntaria, luego se procedió a aplicar el instrumento. La aplicación del cuestionario tuvo una duración promedio de 25 minutos.

### **III. e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la respectiva recolección de datos se tomó en cuenta el principio de autonomía por lo que se presentó una solicitud dirigida al Presidente de la Comunidad “El Trébol”, solicitando que se brinde las facilidades del caso y autorización para su desarrollo, así mismos se pidió autorización a los adultos mayores para su participación en el estudio el cual se llevó a cabo en el Salón Comunal de dicha comunidad.

Antes de comenzar, se explicó sobre los objetivos del estudio, haciéndoles conocer que solo deberán contestar el cuestionario siguiendo las instrucciones del instrumento; asimismo se permaneció pendiente de cualquier duda que tuviera ante la resolución del mismo, dicho instrumento fue desarrollado en forma anónima respetando en todo momento su confidencialidad. Así mismo se tomó en cuenta los principios éticos de respeto y privacidad de los participantes.

Para concluir el cuestionario se agradeció a los usuarios por su colaboración y el formulario correctamente lleno fue utilizado para el análisis.

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:**

La información obtenida fue codificada y procesada a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0. Para organizar los datos procedentes del estudio se utilizó tablas de distribución de frecuencias, lo cual permitió el respectivo análisis. Se utilizó Chi cuadrado para establecer la relación entre variables.

## CAPITULO IV – RESULTADOS Y DISCUSION

### VI.a RESULTADOS

**TABLA 1.**  
**ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES, RELACIONADOS**  
**CON SUS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Variables de comparación			Estilos de vida			Total	Chi cuadrado
			Malo	Regular	Bueno		
<b>Sexo</b>	Varón	f	22	9	0	31	X <sup>2</sup> =7.041 gl=2 p=0.030
		Res. Est.	,0	1,1	-1,6		
	Mujer	f	28	5	6	39	p=0.030
		Res. Est.	,0	-1,0	1,5		
<b>Edad en años</b>	60 a 65	f	15	10	4	29	X <sup>2</sup> =9.459 gl=2 p=0.009
		Res. Est.	-1,3	1,0	1,0		
	65 a más	f	35	4	2	41	p=0.009
		Res. Est.	1,1	-1,5	-,8		
<b>Nivel educativo</b>	Sin estudios	f	14	2	0	16	X <sup>2</sup> =15.470 gl=2 p=0.004
		Res. Est.	,8	-,7	-1,2		
		f	22	9	0		
Res. Est.	,0	1,1	-1,6				
	Superior	f	14	3	6	23	p=0.004
		Res. Est.	-,6	-,7	2,9		
<b>Estado civil</b>	Soltero	f	5	5	0	10	X <sup>2</sup> =23.064 gl=6 p=0.001
		Res. Est.	-,8	2,1	-,9		
	Casado	f	25	6	3	34	
		Res. Est.	,1	-,3	,1		
Conviviente	f	18	2	0	20		
	Res. Est.	1,0	-1,0	-1,3			
	Viudo	f	2	1	3	6	
		Res. Est.	-1,1	-,2	3,5		
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	f	22	3	5	30	X <sup>2</sup> =14.546 gl=10 p=0.150
		Res. Est.	,1	-1,2	1,5		
	Empleado	f	5	2	0	7	
		Res. Est.	,0	,5	-,8		
	Obrero	f	2	4	0	6	
		Res. Est.	-1,1	2,6	-,7		
	Jubilado	f	4	1	0	5	
		Res. Est.	,2	,0	-,7		
Trabajo independiente	f	2	0	0	2		
	Res. Est.	,5	-,6	-,4			
Trabajo eventual	f	15	4	1	20		
	Res. Est.	,2	,0	-,5			

Se presentan los resultados del análisis comparativo de los estilos de vida según las variables sociodemográficas. Las valoraciones de probabilidad señalan que existe dependencia significativa entre los estilos de vida y, el sexo ( $p=0.030$ ), la edad del adulto mayor ( $p=0.009$ ), el nivel educativo ( $p=0.004$ ) y el estado civil ( $p=0.001$ ).

Los residuos tipificados señalan que el nivel “malo” de estilo de vida, está notablemente asociado a los adultos que tienen de 65 a más años de edad y con los que son convivientes; el nivel “Regular” de Estilo de vida, se asocia con los adultos mayores que alcanzaron estudios básicos y con los que son solteros; el nivel “Bueno” de Estilo de vida está asociado con las mujeres, y con los que alcanzaron estudios superiores.

**TABLA 2.**  
**ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES**  
**RELACIONADAS CON SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS –**  
**COMUNIDAD EL TRÉBOL PUEBO NUEVO**  
**DICIEMBRE 2016**

Enfermedades Crónicas		Sexo			Edad			Nivel Educativo			Estado civil				Ocupación									
		Varón	Mujer	TOTAL	60 a 65	65 a más	TOTAL	Primaria I.	Secundaria I.	Superior I.	TOTAL	Soltero	Casado	Conviviente	Viudo	TOTAL	Ama de casa	Empleado	Obrero	Jubilado	Independiente	Eventual	TOTAL	
Hipertensión arterial	No	F	11	22	33	14	19	14	9	9	15	3	2	2	7	4	33	1	2	2	2	1	10	33
		Res. Estand.	-,9	,8		,1	-,1	,1	,5	-	1,3		-	1,	-	,7		,5	-	-	-	,1	,2	
		F	20	17	37	15	22	15	7	22	8	3	8	1	1	2	37	1	5	4	3	1	10	37
		Res. Estand.	,9	-,8		-,1	,1	-,1	-,5	1,	-	1,	-	-,7	-			-,5	,7	,5	,2	-	-,2	
	Chi cuadrado	X <sup>2</sup> =3.035; gl=1; p=0.081			X <sup>2</sup> =0.026; gl=1; p=0.873			X <sup>2</sup> =7.628; gl=2; p=0.022			X <sup>2</sup> =6.920; gl=3; p=0.075				X <sup>2</sup> =2.064; gl=5; p=0.840									
Colesterol elevado	No	F	12	20	32	12	20	3	10	8	14	3	2	1	1	4	32	1	4	3	1	1	8	32
		Res. Estand.	-,6	,5		-,3	,3		1,	-	1,1		-	-	,9	,8		,3	,4	,2	-	,1	-,4	
								0	1,	1,	2	1,	-,4							,9				

<b>Diabetes mellitus</b>	Sí	F	19	19	38	17	21	3	6	23	9	3	8	2	8	2	38	1	3	3	4	1	12	38
		Res. Estand.	,5	-,5		,3	-,3		-,9	1,5	-	1,0		1,1	,4	-	-		-,3	-	-	,8	-	,3
	Chi cuadrado	X <sup>2</sup> =1.100; gl=1; p=0.294			X <sup>2</sup> =0.375; gl=1; p=0.540			X <sup>2</sup> =8.896; gl=2; p=0.012			X <sup>2</sup> =5.653; gl=3; p=0.130			X <sup>2</sup> =2.245; gl=5; p=0.814										
	No	F	15	19	34	16	18	3	7	1	13	3	4	1	7	6	3	1	5	3	2	1	9	34
		Res. Estand.	,0	,0		,5	-,4		-,3	-	,5		-	,1	-	1,8		-	,9	,1	-	,0	-,2	
<b>Obesidad</b>	Sí	F	16	20	36	13	23	3	9	1	10	3	6	1	1	0	3	1	2	3	3	1	11	36
		Res. Estand.	,0	,0		-,5	,4		,3	,3	-,5		,4	-	,8	1,8		,1	-	,0	,3	,0	,2	
	Chi cuadrado	X <sup>2</sup> =0.001; gl=1; p=0.978			X <sup>2</sup> =0.864; gl=1; p=0.353			X <sup>2</sup> =0.875; gl=2; p=0.646			X <sup>2</sup> =8.150; gl=3; p=0.043			X <sup>2</sup> =1.763; gl=5; p=0.881										
	No	F	18	23	41	20	21	4	6	1	17	4	6	2	8	5	41	1	4	4	4	1	13	41
		Res. Estand.	,0	,0		,7	-,6		-,1	,8	1,0		,1	,5	-	,8		-,6	,0	,3	,6	-	,4	
<b>Diabetes mellitus</b>	Sí	F	13	16	29	9	20	2	10	1	6	2	4	1	1	1	29	1	3	2	1	1	7	29
		Res. Estand.	,0	,0		-,9	,7		1,3	,0	-		-	-	1,	-		,7	,1	-	-	,2	-,4	
	Chi cuadrado	X <sup>2</sup> =0.006; gl=1; p=0.939			X <sup>2</sup> =2.204; gl=1; p=0.138			X <sup>2</sup> =5.162; gl=2; p=0.076			X <sup>2</sup> =4.895; gl=3; p=0.180			X <sup>2</sup> =2.424; gl=5; p=0.788										
	No	F	18	23	41	20	21	4	6	1	17	4	6	2	8	5	41	1	4	4	4	1	13	41
		Res. Estand.	,0	,0		,7	-,6		-,1	,8	1,0		,1	,5	-	,8		-,6	,0	,3	,6	-	,4	

Se presentan los resultados del análisis comparativo entre la presencia de enfermedades crónicas y las variables sociodemográficas. Las valoraciones de probabilidad señalan que tanto la presencia de Hipertensión arterial como la de Colesterol elevado, dependen de manera significativa del nivel educativo; ( $X^2=7.628$ ;  $gl=2$ ;  $p=0.022$ ) mientras que la presencia de Diabetes mellitus, se relaciona con la ausencia de la pareja ( $X^2=8.150$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.043$ ).

Los residuos tipificados, indican que los adultos que tienen estudios de secundaria incompleta se asocian con la presencia de Hipertensión Arterial y Colesterol elevado, mientras que los que tienen estudios superiores, se asocian con la ausencia de dichas enfermedades. Por otro lado, existe asociación significativa entre los adultos viudos y la ausencia de Diabetes mellitus.



**TABLA 3.**  
**ESTILOS DE VIDA QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES EN**  
**GENERAL Y SEGÚN DIMENSIONES DE LA COMUNIDAD**  
**EL TRÉBOL PUEBLO NUEVO CHINCHA**  
**DICIEMBRE 2016**

Dimensiones	Malo		Regular		Bueno		X <sup>2</sup>
	f	%	f	%	f	%	
Actividad física	45	64,3	19	27,1	6	8,6	X <sup>2</sup> =33.800; gl=2; p=0.000
Dieta	63	90,0	7	10,0	--	---	X <sup>2</sup> =44.800; gl=1; p=0.000
Hábitos alimenticios Hábitos nocivos	64	91,4	6	8,6	--	---	X <sup>2</sup> =48.057; gl=1; p=0.000
N° de comidas al día	44	62,9	18	25,7	8	11,4	X <sup>2</sup> =29.600; gl=2; p=0.000
Hábitos tóxicos	16	22,9	48	68,6	6	8,6	X <sup>2</sup> =33.800; gl=2; p=0.000
Higiene	53	75,7	17	24,3	--	---	X <sup>2</sup> =41.257; gl=1; p=0.000
Reposo - sueño	25	35,7	45	64,3	--	---	X <sup>2</sup> =5.714; M gl=1; p=0.017
Tiempo libre	52	74,3	12	17,1	6	8,6	X <sup>2</sup> =53.600; gl=2; p=0.000
Interacción social	57	81,4	13	18,6	--	---	X <sup>2</sup> =27.657; gl=1; p=0.000
Actividades de prevención	53	75,7	17	24,3	--	---	X <sup>2</sup> =18.514; gl=1; p=0.000
Estilo de vida en general	50	71,4	14	20,0	6	8,6	X <sup>2</sup> =47.086; gl=2; p=0.000

Observamos el análisis descriptivo de los estilos de vida, en general y según dimensiones. Las valoraciones obtenidas de la prueba Chi cuadrado ( $p=0.000$ ), señalan que las proporciones correspondientes a las categorías cualitativas de “Bueno, regular y malo” son significativamente diferentes, por lo que se puede señalar el notable predominio de estilos de vida malo en cuando a la actividad física 64.3% (45), Dieta 90.0% (63), hábitos nocivos 91.4% (64), n° de comidas al día 62.9% (44), higiene 75.7% (53), tiempo libre 74.3% (52), interacción social 81.4% (57) y actividades de prevención 75.7% (53), por otro lado se observa el predominio significativo de estilos de vida regular en cuando a los hábitos tóxicos 68.6% (48) y Reposo – sueño 64.3% (45), este último con  $p=0.017$ .

**TABLA 4.**  
**PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS**  
**ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL**  
**TRÉBOL PUEBLO NUEVO CHINCHA**  
**DICIEMBRE 2016**

Enfermedades	NO		SI		X <sup>2</sup>
	f	%	F	%	
Hipertensión arterial	33	47,1	37	52,9	X <sup>2</sup> =0.229 gl=1 p=0.633
Colesterol elevado	32	45,7	38	54,3	X <sup>2</sup> =0.514 gl=1 p=0.473
Diabetes mellitus	34	48,6	36	51,4	X <sup>2</sup> =0.057 gl=1 p=0.473
Obesidad	41	58,6	29	41,4	X <sup>2</sup> =2.057 gl=1 p=0.151

Las valoraciones de probabilidad señalan que no existen diferencias proporcionales entre el grupo de adultos mayores con y sin enfermedad crónica estudiada. No obstante es preciso describir que el 52.9%(37) presentaba Hipertensión arterial, 54.3%(38) presenta colesterol elevado, 51.4% (36) presenta diabetes mellitus, y 41.4% (29) presentan obesidad.

**TABLA 5.**  
**RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS**  
**PREVALENTES EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD**  
**EL TRÉBOL PUEBLO NUEVO CHINCHA**  
**DICIEMBRE 2016**

		Hipertensión Arterial		Colesterol elevado		Diabetes mellitus		Obesidad	
		No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<b>Malo</b>	F	18	32	20	30	19	31	22	28
	%fila	36,0%	64,0%	40,0%	60,0%	38,0%	62,0%	44,0%	56,0%
	%columna	54,5%	86,5%	62,5%	78,9%	55,9%	86,1%	53,7%	96,6%
	Res.Est.	-1,1	1,1	-,6	,5	-1,1	1,0	-1,3	1,6
<b>Regular</b>	F	10	4	6	8	10	4	13	1
	%fila	71,4%	28,6%	42,9%	57,1%	71,4%	28,6%	92,9%	7,1%
	%columna	30,3%	10,8%	18,8%	21,1%	29,4%	11,1%	31,7%	3,4%
	Res.Est.	1,3	-1,2	-,2	,1	1,2	-1,2	1,7	-2,0
<b>Bueno</b>	F	5	1	6	0	5	1	6	0
	%fila	83,3%	16,7%	100,0%	0,0%	83,3%	16,7%	100,0%	0,0%
	%columna	15,2%	2,7%	18,8%	0,0%	14,7%	2,8%	14,6%	0,0%
	Res.Est.	1,3	-1,2	2,0	-1,8	1,2	-1,2	1,3	-1,6
<b>Total</b>	F	33	37	32	38	34	36	41	29
	%fila	47,1%	52,9%	45,7%	54,3%	48,6%	51,4%	58,6%	41,4%
	%columna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		X <sup>2</sup> =8.859		X <sup>2</sup> =7.829		X <sup>2</sup> =8.068		X <sup>2</sup> =15.401	
Chi cuadrado		gl=2		gl=2		gl=2		gl=2	
		p=0.011		p=0.020		p=0.018		p=0.000	

Observamos que la relación entre estilos de vida y enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores, según probabilidad de la prueba Chi cuadrado, señalan que la evaluación de dependencia es significativa. Los residuos tipificados indican que los estilos de vida malo están notablemente asociada a la presencia de hipertensión arterial ( $\chi^2=8.859$  gl=2  $p=0.011$ ), diabetes mellitus ( $\chi^2=8.068$  gl=2  $p=0.0189$  y obesidad  $\chi^2=15.401$  gl=2  $p=0.000$ ); mientras que los adultos mayores con bueno o regular estilos de vida tienden a no presentar las enfermedades crónicas.

**TABLA 6.**  
**TABLA DE CONTINGENCIA PRUEBA**  
**DE HIPOTESIS SEGÚN**  
**CHI CUADRADO**

ESTILOS DE VIDA	ENFERMEDADES CRÓNICO PREVALENTES			TOTAL
	POCO PREDOMINANTE	PREDOMINANTE	MUY PREDOMINANTE	
MALO	8	28	14	50
REGULAR	3	2	9	14
BUENO	1	0	5	6
TOTAL	12	30	28	70

**1. ESTABLECIMIENTO DE HIPÓTESIS:**

**2.**

H1: Existe relación significativa entre los estilos de vida y las enfermedades crónico prevalentes que tienen los adultos mayores de la comunidad El Trébol Pueblo Nuevo Chincha Diciembre 2016.

H0: No existe relación significativa entre los estilos de vida y las enfermedades crónico prevalentes que tienen los adultos mayores de la comunidad El Trébol Pueblo Nuevo Chincha Diciembre 2016.

**2. HALLANDO  $\chi^2$ :**

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

### 1.1. VALORES OBSERVADOS ( $O_i$ )

8.57142857	21.4285714	20	50
2.4	6	5.6	14
1.02857143	2.57142857	2.4	6
12	30	28	70

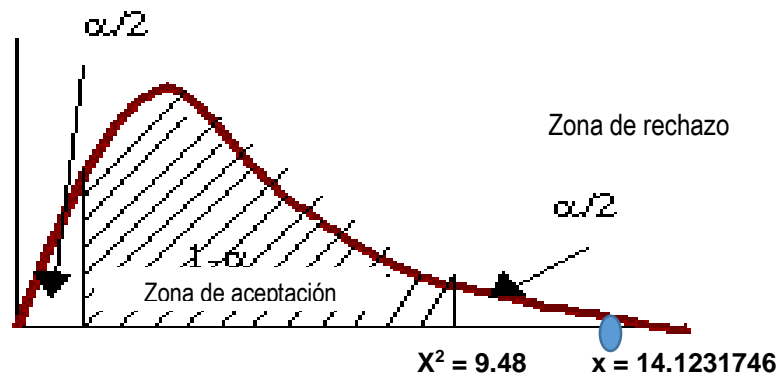
### 3.2. VALORES ESPERADOS ( $E_i$ )

0.03809524	2.0152381	1.8	3.85333333
0.15	2.66666667	2.06428571	4.88095238
0.00079365	2.57142857	2.81666667	5.38888889
0.18888889	7.25333333	6.68095238	14.1231746

$$\chi^2 = 14.1231746$$

### 3. Gráfica:

Grados de libertad: 4; para  $p: 0.05$ ;  $\chi^2 = 9.48$



### 4. CONCLUSIÓN:

Al caer el chi cuadrado sobre la zona de rechazo y  $X^2_{cal} > X^2$  entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que afirma que existe relación entre los estilos de vida y las enfermedades crónico prevalentes que tienen los adultos mayores de la comunidad El Trébol Pueblo Nuevo Chincha Diciembre 2016.

## VI.b DISCUSIÓN

El objetivo específico sobre los estilos de vida que presentan los adultos mayores relacionados con las características sociodemográficas (Tabla 1) las valoraciones de probabilidad señalan que existe dependencia significativa entre los estilos de vida y el sexo ( $p=0.030$ ), la edad del adulto mayor ( $p=0.009$ ), el nivel educativo ( $p=0.004$ ) y el estado civil ( $p=0.001$ ), no habiendo dependencia entre los estilos de vida y la ocupación de los adultos mayores ( $X^2=14,546$   $p=0,150$ ). Resultados similares a los Mamani G.<sup>18</sup> Donde el sexo femenino el 36,3% (29) tienen un estilo de vida no saludable ( $X^2 = 13,001$   $P=0,000$ ); el 30,0% (24) con grado de instrucción primaria tienen un estilo de vida no saludable, el 15,0%(12) con grado superior tienen un estilo de vida saludable ( $X^2=21,567$   $P=0,000$ ). El 18,8%(15) son casados y tienen un estilo de vida saludable, el 30,0% (24) con unión libre tienen un estilo de vida no saludable. El 18,8%(15) de casados tienen un estilo de vida saludable ( $X^2 = 24,480$   $P=0,000$ ). Encontrándose en todos los resultados que existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y las características sociodemográficas citadas. Difiriendo con la edad ya que en el estudio de Mamani no existe relación estadística significativa entre la edad y el estilo de vida ( $X^2 = 4,672$   $p=0,097$ ).

En el estudio destaca a través del residuo tipificado (1,6) que los estilos de vida buenos se asocia con las mujeres, y en los hombres según residuo tipificado (1,1) se asocia a estilos de vida regular, lo que explicaría la mayor longevidad de las mujeres en relación a los hombres, además de corroborar que ha sido atribuido a la menor exposición a determinados factores de riesgo que los hombres, que son encontrados con relación al ambiente de trabajo, menor prevalencia de tabaquismo y consumo de alcohol. Sin embargo, es imposible asegurar que los estilos de vida serán saludables o no, dependiendo solo del género o la edad, puesto que los comportamientos y actitudes de las personas tienen influencia multifactorial



y dinámica. Los residuos tipificados ((1,1) señalan que el nivel malo de estilos de vida está notablemente asociado a los adultos que tienen de 65 a más años de edad, factor negativo en la calidad de vida de los adultos cuyos riesgos se ven incrementado por el deterioro progresivo de las habilidades funcionales propia de la edad debido principalmente a la aparición de diversas enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y cambios psicosociales, que impiden o limitan la realización de diversas actividades cotidianas

El nivel educativo cobra importancia, el nivel regular de los estilos de vida, se asocia según el residuo tipificado (1,1) con los adultos mayores que alcanzaron estudios básicos, en cambio quienes tienen nivel educativo superior (residuo tipificado 2,9) están asociados con los buenos estilos de vida, la educación constituye un baluarte para mejorar las condiciones de vida de las personas y es un indicador de suma importancia para la ejecución de las actividades promocionales y preventivas dado los altos índices de analfabetismo que hay en nuestro país. Los hombres han tenido casi siempre un nivel de instrucción superior al de la mujer, considerando que en el pasado, la cultura no valorizaba la educación escolar para las mujeres, las cuales muchas veces eran criadas para ser buenas esposas, madres y amas-de-casa. En este momento, comprendemos mejor, el por qué muchas iniciativas públicas y acciones no gubernamentales están dirigidas para la alfabetización y educación continuada de adultos y ancianos.

Con relación al estado civil según resultados de estudio los estilos de vida malo están asociados al estado civil conviviente (Res.Est.1.0) y los buenos estilos de vida con el estado civil viudo (3,5), podría explicarse que una situación de convivencia da cierta inestabilidad a la relación de pareja y que en el caso de la viudez una vez superado el duelo los adultos mayores encuentren cierta estabilidad emocional a través de la integración con grupos sociales ya que la integración social compensa muchas de las

pérdidas de la adultez mayor. Varios autores consideran que la interacción con otros, no sólo en la adultez mayor si no a lo largo de toda la vida, se convierte en un factor protector frente a la aparición de patologías, trayendo como beneficio que la persona aumente su capacidad cognitiva, tenga mejores habilidades de afrontamiento, module su afecto, aumente su calidad de vida y, por ende, su autonomía.

Los adultos mayores que han formado familias consolidadas y en cierta forma han adquirido una estabilidad conyugal, independientemente del sexo, implica el desempeño de actividades y responsabilidades en busca del bien ya no de sí mismo, sino también de “un grupo” que en este caso es la familia que a la vez también le da seguridad especialmente cuando tienen que afrontar dificultades

Sobre las enfermedades crónicas prevalentes que presentan los adultos mayores relacionado a características sociodemográficas (Tabla 2) tanto la hipertensión arterial como el colesterol elevado, dependen de manera significativa del nivel educativo; ( $X^2=7.628$ ;  $gl=2$ ;  $p=0.022$ ) y ( $X^2=8,896$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.012$ ) respectivamente. Resultado parecido a los de Ramírez R. en donde el nivel de estudios de adultos mayores con hipertensión fue de un 40% de pacientes que cursaron la primaria y de un 40 % de pacientes que cursaron el básico, y el otro 20% que tiene el nivel diversificado. Al igual se muestra que el 35.7 % reflejan niveles normales de colesterol, en tanto el 64.3% de los adultos mayores presentan valores elevados de colesterol, lo cual constituye un riesgo de contraer aterosclerosis o desarrollar un infarto agudo de miocardio.<sup>16</sup>

Según los residuos tipificados, indican que los adultos que tienen estudios de secundaria incompleta se asocian con la presencia de Hipertensión Arterial (1,4) y Colesterol elevado (1,5) mientras que los que tienen estudios superiores, se asocian con la ausencia de dicha enfermedades: HTA(1,3)

y colesterol (1,5). Por otro lado, existe asociación significativa entre los adultos viudos y la Diabetes mellitus.

Las enfermedades crónicas prevalentes como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, son de etiología multicausal, su prevención y manejo se debe realizar integralmente; con frecuencia es tratada en forma aislada sin tener en cuenta el contexto sociocultural de la persona presentándose a veces dificultades para cambiar sus estilos de vida. Debido a la ausencia de signos y síntomas al inicio de la misma, el paciente no se siente aludido o no se convence de su malignidad hasta que aparecen las primeras complicaciones. Esta situación genera la necesidad de implementar programas específicos que trasciendan el nivel teórico o informativo y que empleen estrategias educativas encaminadas a la toma de conciencia sobre la responsabilidad de desarrollar conductas saludables tendientes a controlar o manejar los factores de riesgo modificables. Un bajo nivel de escolaridad, podría constituir una barrera en la toma de decisiones relacionadas con su salud o para movilizar recursos y redes comunitarias. Este factor se considera relevante para el equipo de salud al momento de educar y empoderar a las personas respecto a las enfermedades crónicas y los tratamientos de largo plazo. Bajos niveles educacionales se asocian con mayores tasas de prevalencia de estas enfermedades no transmisibles. También predominaron en los desocupados y esto pudiera estar explicado parcialmente porque muchas de las personas llegan enfermos a la edad de jubilación y otras incluso han sido jubiladas debido a la existencia de las mismas y sus complicaciones.

A mayor nivel de escolaridad, las personas se apegan más terapéuticamente, tienden a tener más autoeficacia y por consecuencia, mayor control sobre su tratamiento. Existe un estudio que indica una correlación positiva entre la información básica que se posee sobre alguna enfermedad y las variables autoeficacia y escolaridad, y esto en parte es

lógico, ya que las personas con mayor nivel académico asimilarán de una forma más adecuada la información proporcionada para preservar su salud.

Dentro de los estilos de vida que presentan los adultos mayores en general y según sus dimensiones (Tabla 3). Las valoraciones obtenidas de la prueba Chi cuadrado ( $p=0.000$ ), señalan que las proporciones correspondientes a las categorías cualitativas de “Buena, regular y Mala” son significativamente diferentes, por lo que se puede señalar el notable predominio de un mal estilo de vida en cuando a la actividad física 64.3% (45), Dieta 90.0% (63), Hábitos nocivos 91.4% (64), N° de comidas al día 62.9% (44), Higiene 75.7% (53), Tiempo libre – ocio 74.3% (52), Interacción social 81.4% (57) y Prevención –salud 75.7% (53). Por otro lado se observa el predominio significativo de estilos de vida regulares en cuando a los hábitos tóxicos 68.6% (48) y Reposo – sueño 64.3% (45), este último con  $p=0.017$ . Resultados similares a los de Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A<sup>14</sup>; en cuyo estudio encontraron que existe asociación significativa entre los estilos de y la Actividad física ( $F=6,9$ ,  $p=0.0002$ ), Nutrición ( $p=0.020$ ) relaciones interpersonales ( $F=3,93$ ,  $p=0.0087$ ), responsabilidad en Salud ( $F=3,92$ ,  $p< 0.01$ ) encontrando similitud con nuestro estudio.<sup>14</sup> Así mismo el estudio guarda cierta similitud con Gutiérrez E.<sup>19</sup> en cuanto a los estilos de vida según sus dimensiones: higiene, responsabilidad, actividad física, alimentación, y apoyo interpersonal fueron inadecuados obteniéndose los valores de 78%; 76%; 66%; 52% y 96% respectivamente, lo cual permite determinar globalmente los estilos de vida como inadecuados en un 74%. Igualmente Cortés J, Flores P, Gómez C, Reyes K, Romero L<sup>17</sup>, en cuyo estudio hallaron que en la dimensión tiempo libre está en relación con las actividades recreativas ( $p=0,015$ ), 40% indicaron que sí realizan actividades recreativas ,mientras que un 83,3% indicaron no efectuar actividades de este tipo. En relación a la asistencia a controles de salud, acuden un 92,4 y 93,3%, respectivamente, mientras que un 7,6 y un 7%, respectivamente

correspondieron a la proporción de adultos mayores que no asistieron a controles de salud, sin asociación estadísticamente significativa ( $p=0,609$ ). La actividad física es de suma importancia brinda al cuerpo un dinamismo fisiológico en todos los tejidos que retrasan los efectos del envejecimiento; la actividad física y el ejercicio físico están considerados como el mejor cambio o la mejor inversión para un resultado positivo de la salud pública a escala mundial, pues equilibra de forma positiva la masa muscular, favorece la dinámica respiratoria, la temperatura, el volumen sanguíneo y mejoran la resistencia periférica y la capacidad de respuesta a estrés. Los adultos mayores pueden tener muchos beneficios si efectúan ejercicio regularmente, no solo a nivel físico, sino también emocional, porque les ayudará a enfrentar la vida con más optimismo y a relacionarse con los demás, evitando aislarse, que es una causa de riesgo para la salud física y mental de las personas mayores, que es posible prevenir con actividades que incentiven la socialización, incluso hay investigaciones que prueban que el ejercicio retarda el envejecimiento del cerebro y evita el desarrollo de afecciones neurodegenerativas como el alzhéimer.<sup>23</sup>

Así mismo los hábitos alimentarios saludables se deben combinar con hábitos de vida propicios que incluyan la práctica regular de ejercicio físico, así como la reducción de tóxicos como el alcohol y el tabaco. En esta edad hay cambios fisiológicos importantes como el aumento de peso por el incremento de masa corporal que puede conducir a obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, hiperglucemia, niveles altos de colesterol y triglicéridos en sangre, problemas respiratorios, dolencias digestivas entre otros. El adulto mayor tiene que afrontar cambios fisiológicos importantes producto del envejecimiento que condicionan el consumo de alimentos con repercusión en su estado nutricional. En la gran mayoría la fuerza de contracción de los músculos de masticación esta disminuida y pierden progresivamente parte de la dentadura debido a problemas con caries no tratadas, por otra parte, se altera los umbrales olfatorios y del gusto y en muchas ocasiones no cuentan con un cuidador

en el cual se pueda confiar su alimentación o su cuidado. La absorción del hierro, calcio, ácido fólico, cinc y vitaminas como la A y D también se ven afectados, a esto se agrega el bajo consumo de calorías y nutrientes, por ello incrementa el riesgo de deficiencias nutricionales por muchos factores siendo uno de ellos el aspecto económico que limita la adquisición de alimentos, siendo la mayoría de las veces mínimo el consumo de frutas y verduras, lácteos y proteínas, mayor consumo de hidratos de carbono que afecta la salud y nutrición de este grupo etareo.<sup>27</sup>

El sistema nervioso central del adulto mayor es más sensible, en cuanto al alcohol, dosis altas provocan concentraciones séricas más altas en el anciano., incluso a dosis bajas; sin embargo el consumo moderado no está contraindicado aunque es preciso tener en cuenta la pluripatología y la polimedicación prescrita o no que podrían contribuir a su prohibición. En relación al tabaco, su abandono mejora la sintomatología, las pruebas funcionales respiratorias y disminuye el riesgo de neumonía y gripe. El consumo de éste perjudica seriamente al organismo y es preceptiva la orientación de prohibición absoluta.<sup>35</sup>

El hombre a medida que envejece ha de poder vivir según las costumbres combinadas a su forma de ser, educación, cultura y como no a sus necesidades. Queda demostrado a lo largo del tiempo que los pequeños actos determinantes de la higiene diaria y personal de las persona son importantes; para preservar un buen estado de salud, el cual puede impedir estar en contacto directo con virus o bacterias, de igual manera estar expuesto a muchas enfermedades, es decir conservar un estado de pulcritud del cuerpo. El adulto mayor abandona su higiene a medida que no encuentra apoyo por parte de su familia y/o cuidadores, cuando aparecen los miedos y no sobrellevan ciertas actitudes como sensación de pudor o de intimidad, conllevando a que descuide y pierda la costumbre de realizar ciertas normas higiénicas con facilidad, es decir a mayor dificultad que encuentre, mayor será superarlas.<sup>37</sup>

Los trastornos del sueño se presentan con mucha frecuencia y son motivo de atención ya que influyen de forma importante en el bienestar y la convivencia de las personas que le rodean. Las necesidades de sueño en esta edad se dificultan para poder mantener un sueño consistente en la noche incrementa el tiempo de estancia en cama, el tiempo que transcurre hasta iniciar el sueño, los despertares, el tiempo de vigilia nocturna y las siestas durante el día. Los procesos reguladores del sueño entre ellos: el proceso homeostático, proceso por el cual la vigilia eleva la presión por dormir, disminuye, sin embargo, su eficiencia con el envejecimiento, el proceso circadiano, que condiciona actividad diurna y sueño nocturno, tiende a preservarse un tanto mejor. El recuperar la energía debe ser porción integral del proceso homeostático, nos refiere que el dolor corporal está relacionado a no dormir bien, el cual se va incrementando con la edad. El sueño es beneficioso porque libera hormonas anabólicas, y su disminución se relaciona con los procesos del envejecimiento. Niveles de adrenalina de la vigilia, disminuyen por el predominio colinérgico durante el sueño, la perturbación del sueño afectaría la presión arterial, el ritmo cardíaco, y sus efectos sobre la circulación, la atención, y memoria de corto plazo pueden verse comprometidas por problemas de sueño el cual se asocia con micro infartos cerebrales, riesgo de ictus y deterioro cognitivo secundario.<sup>49</sup>

Una gran cantidad de adultos mayores que aun siendo jubilados, enfrentan un tercio de su vida por vivir, demandan, exigen, y buscan lugares de enseñanza, de actividad que los haga sentirse que encajan en la sociedad; el tiempo libre debe reflejarse y proyectarse como una acción social creadora de condiciones las cuales faciliten el incremento de la calidad de vida, contribuyendo al crecimiento del desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos, teniendo en cuenta que la recreación es un proceso activo, participativo y dinámico que permite comprender la vida como una vivencia de disfrute y libertad, en completo aumento de las capacidades de la personas que tienen que ver con su real para su

crecimiento y desarrollo en busca de una mejor calidad de vida tanto de manera individual como social, tras el ejercicio de actividades físicas, intelectuales o de esparcimientos.<sup>53</sup>

En lo referente a interacción social en los adultos mayores se debe centrar en la comunicación e interacción para incrementar el efecto de conexión social, posibilitando la comunicación intergeneracional en esta edad con escasa costumbre en el uso de la tecnología y que habitualmente estaban imposibilitados de encontrarse físicamente con su familia y grupo de amigos, por lo que ayuda a que induzca a la interacción social cara a cara con los adultos mayores, promoviendo la conversación, haciéndola más agradable y enriquecedora.<sup>59</sup>

Se debe evitar la aparición de enfermedades y discapacidades, el esfuerzo preventivo a lo largo de la vida se debe iniciar precozmente porque al transcurrir del tiempo pueden volverse crónicas y degenerativas, es decir si conservamos estilos de vida saludable en el lapso de la vida aseguramos una vejez sana. Distintas intervenciones preventivas son útiles para disminuir o retrasar la enfermedad y la discapacidad. Los programas de promoción de la salud poseen un alto potencial para determinar la salud de este grupo. La intervención psicosocial con el adulto mayor y sus cuidadores por medio de actividades de educación para la salud grupales, la formación de grupos de ayuda mutua o la realización de actividades de voluntariado pueden generar beneficios en calidad de vida. Una de las medidas preventivas que han demostrado ser más eficaces son los programas de inmunización; se referimos a la vacuna antigripal, ya que entre las personas que tienen alto riesgo de tener complicaciones relacionadas con la gripe están precisamente los mayores de 65 años.<sup>71</sup>

Según la prevalencia de las enfermedades crónicas prevalentes en los adultos mayores (Tabla 4) las valoraciones de probabilidad indican que no existen diferencias proporcionales entre el grupo de adultos mayores con y



sin enfermedad crónica; sin embargo es preciso describir que el 52.9% presentaba Hipertensión arterial, un 54.3% presenta colesterol elevado, el 51.4% presenta diabetes mellitus y 41.4% presentan obesidad. Diferiendo del estudio de Vásquez P<sup>15</sup>, y colaboradores quienes hallaron una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,016$  en relación a la diabetes mellitus donde solo el 37,70% reporta ser diabético diagnosticado; en cambio el 67,2% son hipertensos, siendo el 55% y 73,8% (hombres y mujeres respectivamente); sin diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,139$ ) similar al estudio realizado. También hay similitud con el estudio de Vásquez y colaboradores quienes reportan tener dislipidemia en un 61,8%, sin diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,555$ ) al igual que la obesidad siendo el 15,8% de los hombres obesos y el 35% de las mujeres también, sin diferencia estadísticamente significativa por sexo ( $p=0,095$ ), ni grupo de edad

Las enfermedades crónicas son un serio problema de salud para las personas adultas mayores. La presión arterial muestra un incremento gradual a través de la edad y en su forma de presentación, se observa que la Presión Arterial Sistólica (PAS) evidencia un aumento continuo mientras que la Presión Arterial Diastólica (PAD) disminuye al entrar a los 50 años en hombres y mujeres, constituyendo un factor muy elevado para la presencia de enfermedades cardiovasculares,

La diabetes mellitus es considerada como un factor mayor e independiente de riesgo cardiovascular. Su asociación con otros factores mayores de riesgo resulta en una situación de alto riesgo y elevada mortalidad. Las personas con este padecimiento tienen un riesgo de enfermedad coronaria de 2-4 veces superior al observado en la población general. Este riesgo es mayor durante el envejecimiento debido a la relación directa y proporcional con la edad. Además, es frecuente la combinación de factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares en los ancianos. Por tanto la diabetes mellitus y la obesidad son enfermedades asociadas que contribuyen como

factores predisponentes y desencadenantes al desarrollo de alteraciones en los diferentes órganos diana que ensombrecen la evolución de la hipertensión arterial.

Estudios como el de Framingham han descrito que los niveles de colesterol total aumentan en los hombres hasta los 60 años, para luego declinar. En las mujeres este aumento es gradual, y aproximadamente entre los 55 y 60 años, sus valores exceden a los de los hombres, sin embargo, el estilo de vida sedentario es el factor de riesgo de enfermedad coronaria más prevalente y fácil de modificar. Es decir La edad tiene poco impacto sobre el colesterol bueno, pero aumento total en el colesterol malo con la edad. Sin embargo, las alzas de colesterol no son inevitables porque la dieta, la actividad física, el peso, dejar de fumar y tratar la presión arterial alta puede mejorar el colesterol. Cada vez que su colesterol total disminuye, su riesgo de enfermedad cardíaca cae el doble porcentualmente.<sup>94</sup>

La edad avanzada y la obesidad es frecuente y el desajuste nutricional que conduce a ella es común para todas las edades, pero en la tercera edad existen los cambios inevitables en la composición corporal, en los que puede influir la nutrición y otros factores del estilo de vida, entre los que se encuentra el ejercicio. La pérdida de la masa muscular y de los tejidos (excepto el adiposo) se reemplaza por el aumento de la masa grasa. El sobrepeso o la obesidad están asociados con un mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares y además puede empeorar las condiciones existentes como artritis. Del mismo modo, tener un bajo peso también constituye un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional. En las Américas la mayoría de las personas mayores no conservan su peso ideal, ya que son obesas o tiene bajo peso, estas dos condiciones (obesidad y bajo peso) pueden relacionarse con déficits severos que afectan el sistema inmunológico de los adultos mayores, lo que las hace más vulnerables a las enfermedades.<sup>92</sup>

Dentro de la Relación entre estilos de vida y enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores (Tabla 5) según probabilidad de la prueba Chi cuadrado se halló relación significativa entre estilos de vida y enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores, los residuos tipificados indican que el mal estilo de vida esta notablemente asociada a la presencia de Hipertensión arterial ( $X^2=8.859$   $gl=2$   $p=0.011$ ), Diabetes mellitus ( $X^2=8.068$   $gl=2$   $p=0.0189$  y Obesidad  $8X^2=15.401$   $gl=2$   $p=0.000$ ); mientras que los adultos mayores con una regular o buen estilo de vida tienden a no presentar las enfermedades crónicas. Resultados parecidos a los de Sánchez E, Medina M, Gonzales E<sup>13</sup>. Quienes hallaron que el sobrepeso y la obesidad  $p < 0.05$  aumentó en 4,7 veces la probabilidad de presentar HTA y Diabetes mellitus (OR=4,7) La exposición al sedentarismo tuvo un alcance  $p=0,02$  e incrementó en 1,2 veces la probabilidad de ocurrencia de la hipertensión arterial (OR=1,2).

La presión arterial suele incrementarse al transcurrir los años, así como otros padecimientos o enfermedades, la cantidad de fibras de colágeno en las paredes de las arterias se incrementa, lo que hace que los vasos sanguíneos se tornen más rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se eleva la presión arterial.<sup>76</sup>

En cuanto a la diabetes según la literatura se considera un factor de riesgo cuando esta asociación es mayor en los que tienen diabetes tipo 2 (del adulto), debido a que la mayor parte de ellos presentan lo que se ha dado en llamar «síndrome metabólico», el cual se caracteriza por la presencia de obesidad, elevación de la glucemia, colesterol y triglicéridos alterados también hipertensión arterial. Es evidente, por tanto, que existe una interrelación directa y estrecha entre la diabetes y la hipertensión arterial: podríamos decir que la presencia de diabetes provoca un aumento de la presión arterial.

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer; además puede empeorar las condiciones existentes como artritis entre otras. Es considerado un problema en países con ingresos altos, la obesidad y el sobrepeso están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas; estas dos condiciones (obesidad y bajo peso) pueden relacionarse con déficits severos que afectan el sistema inmunológico de las personas, lo que las hace más vulnerables a las enfermedades.<sup>90</sup>

Las enfermedades crónicas constituyen un reto del siglo XXI y siendo su incremento cada vez mayor se requiere establecer estrategias para que las personas sean capaces de velar y cuidar su salud desde muy temprana edad siendo la promoción de la salud un elemento crucial para mejorar la calidad de vida de las personas tal como lo propuso Nola Pender creadora de este modelo, a fin de que los estilos de vida saludables se conviertan en una práctica común y cotidiana en las personas especialmente en los adultos mayores.

## CAPITULO V

### V.a. CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre el estilo de vida y las enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores de la comunidad “El Trébol”. Pueblo Nuevo, Chincha. Diciembre, 2016; los resultados indican que los malos estilos de vida se relacionan notablemente a la presencia de enfermedades.
- Las valoraciones de probabilidad señalan que existe dependencia significativa entre el estilo de vida con el sexo, la edad y el estado civil; no sucediendo lo mismo con la ocupación.
- Las valoraciones de probabilidad señalan que tanto la presencia de Hipertensión arterial como la de Colesterol elevado, dependen de manera significativa del nivel educativo; mientras que la presencia de Diabetes mellitus se relaciona con la ausencia de la pareja.
- Los estilos de vida que presentan los adultos mayores en general es malo, según sus dimensiones actividad física, hábitos alimenticios, higiene, tiempo libre, interacción social, actividades de prevención son malos y regulares en sus dimensiones hábitos tóxicos y reposo – sueño.
- La prevalencia de las enfermedades crónicas como hipertensión arterial, colesterol elevado y diabetes mellitus es significativa en los adultos mayores, no sucediendo lo mismo con la obesidad.

## **V.b. RECOMENDACIONES**

- Proporcionar los resultados a las autoridades de la Institución de Salud de la jurisdicción que les permita conocer las necesidades de su población adulta mayor y a la vez realizar un trabajo coordinado con los líderes de dicha comunidad en favor de este grupo de interés.
- Sensibiliza a la toma de conciencia del adulto mayor sobre el valor de la prolongación de la vida y de los beneficios que de ella se pueda alcanzar mediante estilos de vida saludable y disminución de enfermedades crónicas.
- Establecer estrategias de intervención en la comunidad que permita realizar actividades promocionales y preventivas relacionadas al fortalecimiento del autocuidado en los adultos mayores
- Trabajar en conjunto con la familia de los adultos mayores, especialmente con aquellas donde el adulto mayor dependen de sus cuidadores.
- Integrar a los pobladores en general de la jurisdicción en la promoción de estilos de vida saludables donde tengan participación significativa los adultos mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [sede Web]\*. Organización Mundial de la Salud; 2016- [actualizada el 3 de enero de 2015; acceso 12 de febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Estilos de vida saludable. [Revista virtual]. [Fecha de acceso 10 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://estilosdevidasaludableslasjuntas.blogspot.pe/2015/08/bienvenidos.html>
3. Organización Mundial de la Salud. Estilos de vida saludable. [Sede Web]. Organización Mundial de la Salud; 2012- [acceso 23 junio de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
4. Paho.org. Envejecimiento Saludable y Enfermedades No Transmisibles. [artículo en línea]. paho.org [Fecha de acceso 10 de Mayo de 2016].disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=17755&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17755&Itemid=270)
5. Revilla I, López T, Sanchez S, Sanjinés G. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. [Sede Web]. Perumed; 2014- [acceso 10 julio de 2016]. Lima; Perú. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n3/a05v31n3.pdf>
6. Instituto nacional de estadística e informática. Informe técnico población adulta mayor. [Sede Web]\*. INEI; 2016- [actualizada el 3 de enero de 2016; acceso 12 de febrero 2016]. Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico\\_poblacion-adulta-mayor-abr-may-jun2016.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-abr-may-jun2016.pdf)

7. Club el comercio ciencias. Adulto mayor en el Perú. [Sede Web]. PeruDesindNet; 2014. [Actualizada el 28 de febrero de 2014; acceso 2 marzo de 2016]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/ciencias/investigaciones/66-adultos-mayores-peru-tiene-problemas-salud-noticia-1845104>
8. Academia.edu. Demografía del Perú. [Sede Web]. academia.edu.es; 2014- [acceso 23 junio de 2016]. Disponible en: [http://www.academia.edu/11327349/DEMOGRAFIA\\_DEL\\_PERU](http://www.academia.edu/11327349/DEMOGRAFIA_DEL_PERU)
9. Instituto nacional de estadística e informática. Informe técnico población adulta mayor. [Sede Web]\*. inei.gob.pe; 2016- [actualizada el 3 de abril de 2016; acceso 12 de julio 2016]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf)
10. Revista virtual. Estado situacional de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes adultos mayores en el hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. [sitio web]. Revista virtual; [Fecha de acceso 20 de febrero 2016]. Disponible en: <http://108.160.150.69/~revpanacea/index.php/RMP/article/view/94/92>
11. Revista virtual. Plan estratégico institucional de la unidad ejecutora 401 Chincha. [sitio web]. Revista virtual; [Fecha de acceso 20 de febrero 2016]. Ica; Perú. Disponible en: [http://www.hsych.gob.pe/CMS\\_APWEB/Paginas/Transparencia/Archivos/MT000000000029/2016/Junio/PEI%202014%20AL%202016%20C HINCHA.pdf](http://www.hsych.gob.pe/CMS_APWEB/Paginas/Transparencia/Archivos/MT000000000029/2016/Junio/PEI%202014%20AL%202016%20C HINCHA.pdf)



12. Acosta L, Carrizo E, Enrique Peláez E, Roque V. Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores. [Tesis institucional]. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina 2014. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00107.pdf>
13. Sánchez E, Medina M, Gonzales J. Asociación entre condiciones de riesgo e hipertensión arterial en pobladores del municipio Angoleño de Viana. [Sede Web]. MEDISAN; 2014. Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_6\\_14/san01614.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san01614.pdf)
14. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en la población adulta de Concepción. [Tesis previa a la obtención del título de licenciada en enfermería]. Concepción: Universidad de Concepción; Chile 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370441815006.pdf>
15. Vásquez P, Castillo J, Salazar J, Silva S, Quirós G. Riesgo cardiovascular global en una población adulta mayor del área rural, Cantón de Garabito, Puntarenas Costa Rica. [Tesis institucional]. Puntarenas: Universidad de Costa Rica; 2014. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022015000300004](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022015000300004)
16. Ramírez R. Evaluación de pacientes con hipertensión arterial mediante exámenes químicos y hematológicos en la parroquia de Tisaleo Chico La Esperanza de la provincia de Tungurahua, Ecuador. [Tesis previa para la obtención del título de Licenciada en Laboratorio Clínico]. Ambato: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, 2014. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8496/1/Ram%C3%ADrez%20Acu%C3%B1a%2c%20Rosa%20Marina.pdf>

17. Cortés J, Flores P, Gómez C, Reyes K, Romero L. Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes de la comuna de Chillán Viejo, Chile. [Tesis institucional]. Concepción: Universidad de Chile; 2012. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000300008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300008)
18. Mamani G. Factores socioculturales que se relacionan con el estilo de vida del adulto mayor del club Virgen de las Mercedes. [Tesis previa a la obtención del título de licenciada en enfermería]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/184/TG0037.pdf?sequence=1>
19. Gutiérrez E. Factores socioculturales y estilo de vida en pobladores. [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Privada san Juan Bautista filial Ica; 2012.
20. Vilca R, Rodríguez Y. Estilo de vida y factores biosocioculturales de las mujeres adultas. A.H villa del mar. [Tesis previa a la obtención del título de licenciada en enfermería]. Chimbote: ULADECH-CATÓLICA. Disponible en: <http://enfermeria.uladech.edu.pe/es/investigacion/finish/17-2013/100-estilo-de-vida-y-factores-biosocioculturales-de-las-mujeres-adultas-a-h-villa-del-mar-nuevo-chimbote-2012-vilca-leon-roxana>
21. Del Águila R. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor [Sede Web]. Organización Panamericana de la Salud; 2012- [fecha de acceso 27 mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>

22. Delgado R. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Chimbote: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2012. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/12/000180/00018020140210084945.pdf>
23. Importancia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. [Revista virtual]. [Fecha de acceso 10 de Mayo de 2016]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol\\_4\\_2\\_12/mfr06212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_4_2_12/mfr06212.htm)
24. Del Águila R. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor [Sede Web]. Organización Panamericana de la Salud; 2012- [fecha de acceso 27 junio de 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
25. Gallo A., Núñez M, Reyes M, Valdez E. Guía alimentaria para adultos mayores del asilo “San Vicente de Paúl”. [Sede Web]. [universidadmundial.edu.mx](http://universidadmundial.edu.mx); 2013- [acceso 20 octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.universidadmundial.edu.mx/images/notas\\_2013/junio/guiaancianos/guialimentaria.pdf](http://www.universidadmundial.edu.mx/images/notas_2013/junio/guiaancianos/guialimentaria.pdf)
26. Serrano M, Cervera P, López C, Ribera J, Sastre A. Guía de alimentación para personas mayores. [Sede Web]. [Institutodanone.es](http://institutodanone.es); 2012- [acceso 20 octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf>
27. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón. Envejecimiento saludable. [PDF en línea]. [Fecha de acceso 3 de febrero del 2016]. MINSA/2006. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adulto/adul-alim.asp>

28. Nutriguía un concepto de vida. Alimentación en el adulto mayor. [Sede Web]. Nutriguia.net; 2013- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://nutriguia.net/alimentacion-en-el-adulto-mayor/>
29. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Sana. [Sede Web]. Organización Mundial de la Salud; 2015- [acceso 23 junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
30. Aproafa. La hidratación en el anciano. [Sede Web]. Aproafa.com; 2013- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://www.aproafa.com/noticia.php?noticia=33958&blt=1>
31. González R. Hábitos Tóxicos. [Sede Web]. saludmentalmaguana.blogspot.pe; 2013- [acceso 10 Mayo de 2016]. Disponible en: <http://saludmentalmaguana.blogspot.pe/2013/03/que-son-los-habitos-toxicos.html>
32. López O. Medidas preventivas para los adultos mayores. [Sede Web]. SUAT; 2014- [acceso 10 Mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.suat.com.uy/consejo-medico/10-medidas-preventivas-para-los-adultos-mayores/imprimir/>
33. Mariño J, Tello E. Promoviendo prácticas de autocuidado en el adulto mayor para lograr un envejecimiento saludable. [Sede Web]. unprgenfermeria.files.wordpress.com; 2013- [acceso 14 Mayo del 2016]. Disponible en: <https://unprgenfermeria.files.wordpress.com/2014/09/informe-de-programaeducativo-p-s-pomalca.pdf>
34. Revista de salud y bienestar. El tabaco es más perjudicial para persona mayores. [Sede Web]. webconsultas.com; 2012- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/belleza-y->

[bienestar/habitos-saludables/el-tabaco-es-mas-perjudicial-para-las-personas-mayores-2478](#)

35. EcuRed. Drogas Legales. [Sede Web]. ecured.cu; 2012- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: [https://www.ecured.cu/Drogas\\_legales](https://www.ecured.cu/Drogas_legales)
36. Ibarra A. Técnicas de aseo en el adulto [sede Web]. PeruDesindNet; 2014-[actualizada el 28 de febrero de 2014; acceso 2 mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.aibarra.org/manual/General/aseo.htm>
37. Patrizi L. guía de ayuda para la importancia de la higiene. [Sede Web]. suat.com.uy/consejo-medico/2013[acceso 14 Mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.importancia.org/higiene.php>
38. MedlinePlus. Cambios en la piel por el envejecimiento. [Sede Web]. medlineplus.gov; 2013- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004014.htm>
39. QuimiNet. La importancia del lavado de manos para el control de infecciones y contaminaciones en la industria. [Sede Web]. PeruDesindNet; 2009- [acceso 2 Abril de 2016]. Disponible en: <http://www.quiminet.com/articulos/la-importancia-del-lavado-de-manos-para-el-control-de-infecciones-y-contaminaciones-en-la-industria-41252.htm>
40. America Dental Asociación. Salud Dental para adultos mayores. [Sede Web]. Mouth Healthy; 2011- [acceso 5 Abril de 2016]. Disponible en: <http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/a/aging-and-dental-health/>
41. Montoya S. Cuidados del cabello en la tercera edad. [Sede Web]. saludymedicinas.com.mx; 2013- [acceso 10 Mayo de 2016]. Disponible

en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/vitaminas-y-minerales/articulos-relacionados/cuidados-del-cabello-en-la-tercera-edad.html>

42. Savio I. Guía de Cuidados de Salud para Adultos Mayores. [Sede Web]. bps.gub.uy; 2012- [acceso 10 Mayo de 2016]. Disponible en: [https://www.bps.gub.uy/bps/file/8115/1/\\_guia\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](https://www.bps.gub.uy/bps/file/8115/1/_guia_del_adulto_mayor.pdf)
43. America Dental Asociación. Salud Dental para adultos mayores. [Sede Web]. Mouth Healthy; 2013- [acceso 5 Abril de 2016]. Disponible en: <http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/a/aging-and-dental-health/>
44. Instituto Gentenatural. Higiene en el anciano. [Sede Web]. Gentenatural.com; 2012- [acceso 15 mayo de 2016]. Disponible en: <http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/higiene.html>
45. Gonzáles I, Torres T. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. [Sede Web]. Scielo; 2015- [acceso 24 Mayo de 2016]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02\\_originales\\_01.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02_originales_01.pdf)
46. Medina A, Feria L, Muñoz O. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. [Sede Web]. Scielo; 2012- [acceso 24 Mayo de 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17b04.pdf>
47. Promoción y prevención de la salud en los ancianos. [Fecha de acceso 10 de enero del 2016]. México: BCV; 2011. Disponible en: [http://www7.uc.cl/sw\\_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm](http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm)

48. Fernández A, Vázquez E. El sueño en el anciano. [Sede Web]. Revista médica de Costa Rica Y Centroamérica; 2013- [acceso 24 Mayo de 2016]. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/30353/1/El%20sueno%20en%20el%20anciano.%20Atencion%20de%20enfermeria..pdf>
49. Tello T, Alarcón R, Vizcarra D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. [Sede Web]. unprgenfermeria.files.wordpress.com; 2013- [acceso 14 Mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/article\\_plus.php?pid=S1726-46342016000200342&lng=es&lng=en](http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S1726-46342016000200342&lng=es&lng=en)
50. Imujer. La importancia de dormir la siesta. [Sede Web]. haciendavidaplena.com; 2015- [acceso 2 Abril de 2016]. Disponible en: [http://haciendavidaplena.com/personas\\_mayores\\_en\\_celeya\\_-\\_hogar\\_para\\_adultos\\_mayores\\_-\\_casas\\_de\\_hospedaje\\_para\\_abuelitos\\_960.asilos\\_en\\_queretaro\\_hacienda\\_vida\\_plena](http://haciendavidaplena.com/personas_mayores_en_celeya_-_hogar_para_adultos_mayores_-_casas_de_hospedaje_para_abuelitos_960.asilos_en_queretaro_hacienda_vida_plena)
51. MedlinePlus. Cambios en el sueño por el envejecimiento. [Sede Web]. medlineplus.gov; 2013- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004018.htm>
52. Navarro J, Domínguez R, Morales M, Guzmán I. Insomnio en adultos mayores. [Sede Web]. intramed.net; 2013- [acceso 14 Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=83009>
53. Zamarripa J, Ruiz F, López J, Fernández R. Actividad e inactividad física durante el tiempo libre en la población adulta de Monterrey. Retos. Nuevas 2013, nº 24, pp. 91-96. Disponible en:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ActividadEInactividadFisicaDuranteElTiempoLibreEnL-4474091.pdf>

54. Calzado A, Cortina M, Muñiz B. Actividades recreativas para la socialización del adulto mayor. [Sede Web]. efdeportes.com; 2013- [acceso 14 mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd149/actividades-recreativas-para-la-socializacion-del-adulto-mayor.htm>
55. Tu mayor amigo. Los beneficios de las manualidades en las personas mayores. [Sede Web]. tumayoramigo.com; 2015- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://www.tumayoramigo.com/beneficios-manualidades-en-personas-mayores/>
56. MetLife. La importancia de la lectura en el adulto mayor. [Sede Web]. w3.metlife.cl; 2013- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://w3.metlife.cl/personas/consejos-de-vida/adultos-mayores/la-importancia-de-la-lectura-en-el-adulto-mayor.html>
57. ConcorTV. Adultos Mayores y Medios de Comunicación en el Perú. [Sede Web]. concortv.gob.pe; 2016- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://www.concortv.gob.pe/noticias/adultos-mayores-y-medios-de-comunicacion-en-el-peru-2/>
58. Residencias geriátricas. Beneficios de la música en la tercera edad. [Sede Web]. losmaizales.com; 2015- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://www.losmaizales.com/blog/beneficios-de-la-musica-en-la-tercera-edad.html>
59. Parra C, Cernuzzi L, D'Andrea V, Casati F. Tecnología para el recuerdo y la interacción social del adulto mayor. [Tesis previa para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Asunción: Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción; 2014. Disponible en:



<https://www.researchgate.net/publication/260097008> Reminiscens tecnologia para el recuerdo y la interaccion social del adulto mayor

60. Integración social. Concello de Santiago Disponible en: <http://umad.santiagodecompostela.gal/umad/incorporacion/interior.php?txt=incorporacion&lq=cas>
61. Sensovida. Realidad Sobre el aislamiento en Adultos Mayores. [Sede Web]. sensovida.gob.pe; 2016- [acceso 20 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.lagranepoca.com/archivo/29089-aislamiento-del-adulto-mayor-una-epidemia-silenciosa.html>
62. Ramírez R, Arce S. Una opción para el bienestar físico y emocional de los adultos mayores. [Sede Web]. ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/nac; 2012- [acceso 14 Julio de 2016]. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/nac/cr/cr-con-04-29.pdf>
63. Orpea Residencias. Residencia y bienestar para adultos mayores. [Sede Web]. gruposanyres.es; 2016- [acceso 20 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://gruposanyres.es/tecnicas-de-relajacion-para-personas-mayores/>
64. Maguey P. estudios de prevención en el adulto mayor. [Sede Web]. salud180.com; 2014- [acceso 14 Junio de 2016]. Disponible en: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/estudios-de-prevencion-en-el-adulto-mayor>
65. Corzo A. Examen Periódico de Salud en el Adulto Mayor. [Sede Web]. Ediciones científicas; 2012- [acceso 5 Mayo de 2016]. Disponible en: <http://files.sld.cu/pdvedado/files/2011/01/examen-periodico-de-salud-al-adulto-mayor.pdf>

66. Rodriguez L. Hipertensión arterial: Problema de suma importancia. [Sede Web]. ahora.cu; 2013- [acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://www.ahora.cu/secciones/salud/9764-hipertension-arterial-problema-de-suma-importancia>
67. paraeladultomayor.pe. Colesterol. [Sede Web]. paraeladultomayor.pe; 2011-[acceso 24 agosto de 2016]. Disponible en: <http://paraeladultomayor.blogspot.pe/2011/04/colesterol.html>
68. Importancia del control del colesterol en el organismo. [Sede Web]. iinblog.com; 2015 - [acceso 22 agosto de 2016]. Disponible en: <http://iinblog.com/2015/09/09/importancia-del-control-del-colesterol-en-el-organismo/>
69. Clinico.pe. Importancia del control de glicemia. [Sede Web]. clinico.cl; 2012 [acceso 22 agosto de 2016]. Disponible en: <http://clinico.cl/2012/11/20/importancia-del-control-de-glicemia/>
70. Mayor y salud. Obesidad en el anciano. [Sede Web]. segg.es; 2014 [acceso 10 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.segg.es/pretema.asp?cod=88>
71. Pertusa S. Promoción de la salud dirigida a los mayores. [Sede Web]. netdoctor.elespanol.com; [acceso 14 octubre de 2016]. Disponible en: <http://netdoctor.elespanol.com/articulo/promocion-salud-mayores>
72. salud.es. Tipos de enfermedades crónicas y lista de más comunes. [Sede Web]. elblogdelasalud.es; 2013- [acceso 23 junio de 2016]. Disponible en: <http://www.salud.es/tipos-de-enfermedades-cronicas-mas-comunes/>
73. Rincón del cuidador. Principales enfermedades crónicas en el anciano. [Sede Web]. elrincondelcuidador.es; 2015- [acceso 12 de Agosto de

2016]. <http://www.elrincondelcuidador.es/principales-enfermedades-cronicas-en-ancianos/>

74. Marchionni M, Caporale J, Conconi A, Porto N. Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención. Iadb.org. 2011; [Revista virtual]. [Fecha de acceso 10 junio de 2016]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1358/Enfermedades%20cronicas%20no%20transmisibles%20y%20factores%20de%20riesgo%20en%20Argentina%3A%20prevalencia%20y%20prevencion%20PROTOCOL.pdf?sequence=6>
75. Andrade C. Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. Médico internista adscrito al Servicio de Medicina Interna 2015; 31:191-195. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim152j.pdf>
76. Enfermeriacuidadosymas.blogspot.pe. Hipertensión Arterial. [Sede Web]. enfermeriacuidadosymas.blogspot.pe; 2014- [acceso 23 mayo de 2016]. Disponible en: <http://enfermeriacuidadosymas.blogspot.pe/2014/04/hipertension-arterial.html>
77. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Revista Médica Hered. 2016; 27:60-66. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/viewFile/2787/2648>
78. Sierra C, López A, Coca A. La hipertensión arterial en la población anciana. [Tesis institucional]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2014. Disponible en:

<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/124/124v43nSupl.2a90032753pdf001.pdf>

79. Canalizo E, Favela E, Salas J, Gómez R, Jara R, Torres L, Viniegra A. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. [Fecha de acceso 20 de junio 2016]. Ginebra: 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im136t.pdf>
80. Enrique P. Dislipidemias. Práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. [Fecha de acceso 20 de junio 2016]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352009001200012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012)
81. Ruiz R. Dislipemia: Hipercolesterolemia. [Sede Web]. ricardoruizdeadana.blogspot.pe; 2012- [acceso 23 mayo de 2016]. Disponible en: <https://ricardoruizdeadana.pe/2012/01/dislipemia-hipercolesterolemia.html>
82. Ricardoruizdeadana.blogspot.pe. Dislipemia: Hipercolesterolemia. [Sede Web]. Ricardoruizdeadana.blogspot.pe; 2012- [acceso 23 junio de 2016]. Disponible en: <http://ricardoruizdeadana.blogspot.pe/2012/01/dislipemia-hipercolesterolemia.html>
83. geosalud.com. Colesterol [Sede Web]. GeoSalud, 2014-[actualizada el 31 de Marzo de 2014; acceso 24 octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/Nutricion/colesterol.htm>
84. mejorconsalud.com. Síntomas que advierten el colesterol alto. [Sede Web]. Lamejoredad.blogspot.com; 2014- [acceso 23 octubre de 2016]. Disponible en: <http://mejorconsalud.com/cuales-son-los-sintomas-que-advierten-el-colesterol-alto/>

85. o.elobot.es.com. Diabetes y el sistema endocrino. [Sede Web]. o.elobot.es; 2014-[actualizada el 31 de Marzo de 2014; acceso 24 octubre de 2016]. Disponible en: <http://o.elobot.es/categoria/diabetes-y-el-sistema-endocrino/trastornos-endocrinos>
86. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [sede Web]\*. Organización Mundial de la Salud; 2015- [actualizada el 3 de diciembre de 2015; acceso 12 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
87. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [sede Web]\*. Organización Mundial de la Salud; 2015- [actualizada el 3 de diciembre de 2015; acceso 12 de junio 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/index1.html](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html)
88. dediabetes.com. Diabetes Mellitus. [Sede Web]. dediabetes.com; 2014- [acceso 23 octubre de 2016]. Disponible en: <http://dediabetes.com/diabetes-mellitus/>
89. Medicina Salud - La Enciclopedia Médica. Enfermedades metabólicas: tratamiento, causas, síntomas, diagnóstico y prevención [sede Web]. medicinasalud.org; 2012- [acceso 23 octubre de 2016]. Disponible en: <http://medicinasalud.org/dolor-enfermedad-enfermedades-trastorno-mal-trastornos/enfermedades-metab-licas-tratamiento-causas-s-ntomas-diagn-stico-y-prevenci-n/>
90. Organización Mundial de la Salud. Obesidad [sede Web]\*. Organización Mundial de la Salud; 2015- [actualizada el 3 de diciembre de 2015; acceso 12 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>

91. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [sede Web]\*. Organización Mundial de la Salud; 2015- [actualizada el 3 de junio de 2016; acceso 12 de setiembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
92. diarioelnorte.com.ar. Prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor [Sede Web]. diarioelnorte.com; 2015- [acceso 23 octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.diarioelnorte.com.ar/nota55813\\_prevencion-de-enfermedades--cronicas-en-el-adulto-mayor.html](http://www.diarioelnorte.com.ar/nota55813_prevencion-de-enfermedades--cronicas-en-el-adulto-mayor.html)
93. Escuela.med.puc.cl. Cuidados de enfermería en el adulto mayor. [Sede Web]. Escuela.med.puc.cl.; 2014-[actualizada el 21 de marzo de 2014; acceso 25 octubre de 2016]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>
94. Fuentes J. Evaluación nutricional y prevalencia del Síndrome Metabólico en adultos mayores de 65 años de El Jibarito y alrededores, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras. [Sede Web]. bdigital.zamorano.edu.com; 201-[actualizada el 21 de marzo de 2014; acceso 25 octubre de 2016]. Disponible en: <https://bdigital.zamorano.edu/bitstream/11036/4568/1/AGI-2015-020.pdf>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner y Suddarth. Perspectiva Transculturales en Enfermería. En: Enfermería Medicoquirúrgica. 9na.ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006, t. 1, p 133-40.
2. Molina JC. Envejecimiento activo [Base de datos] 2009 [Fecha de acceso 12 de mayo 2016] URL disponible en: [www.envejecimientoactivo.cl/noticias/deportes\\_adulto\\_mayor.html](http://www.envejecimientoactivo.cl/noticias/deportes_adulto_mayor.html)
3. Organización Panamericana de la Salud. OPS 2002. [Datos On line] Hoja informativa N° 3. [Fecha de acceso 13 de mayo 2016] URL disponible en: <http://www.paho.org/hq/>
4. Peláez M Martínez IL. Promover un estilo de vida para las personas adultas mayores OPS/OMS. URL disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/promover.pdf>
5. Prevalencia del sedentarismo a través de la edad. [Datos en línea] Chile 2003. [Fecha de acceso 13 de mayo 2016] URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/deptos/saludpublica/ResultadoENS/CapIV205Tabaquismo>

## ANEXOS N°1

<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b>				
<b>Variable</b>	<b>Def. Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
Estilos de vida	Son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo	Son los modos o formas de vida según los hábitos, conductas y comportamientos que tienen los adultos mayores que pueden mejorar o crear riesgos para su salud; serán medidos a través de un cuestionario estructurado y tendrá como valores finales: relacionados, no relacionados con enfermedades crónicas prevalentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física</li>   <li>• Hábitos alimentarios</li>   <li>• Hábitos tóxicos</li>   <li>• Hábitos de higiene</li>   <li>• Reposo y sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caminatas</li> <li>- Deporte</li> <li>- Aeróbicos</li> <li>- Danza</li>   <li>- Consumo de : Frutas, verduras, carnes, leche, menestras y harinas y otros</li> <li>- Número de comidas diarias</li> <li>- Consumo de agua-líquidos</li>   <li>- Alcohol</li> <li>- Tabaco</li> <li>- Otras sustancias toxicas</li> <li>- Café</li>   <li>- Higiene corporal</li> <li>- Lavado de manos</li> <li>- Vestimenta</li>   <li>- Horas de sueño</li> <li>- Siesta</li> <li>- Horarios: dormir y levantarse</li> <li>- Insomnio</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso del tiempo libre</li><li>• Integración social</li><li>• Actividades de prevención</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Manualidades</li><li>– Repostería</li><li>– Leer</li><li>– Ver televisión</li><li>– Escuchar música</li><li>– Paseos</li> <li>– Reuniones con amigos</li><li>– Asistencia a grupos de la tercera edad</li><li>– Talleres de relajación</li><li>– Fiestas</li> <li>– Evaluación médica periódica</li><li>– Control de presión arterial</li><li>– Control de colesterol</li><li>– Control de glucosa</li><li>– Control de peso</li></ul>
--	--	--	---	--

Variable	Def. Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Enfermedades crónica prevalentes	Trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida de una persona y que persiste durante largo tiempo. Es decir Enfermedades que tienen un curso prolongado, no se resuelven espontáneamente y raramente curan de forma completa.	Son trastornos orgánicos de curso prolongado que afectan mayormente al sistema cardiovascular, endócrino y metabólico que están relacionado con los estilos de vida poco saludable de las persona serán medidos a través de un cuestionario sobre las enfermedades crónico prevalentes que tendrá como valor final: poco predominantes, predominantes, muy predominante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiovascular</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Endocrino</li> <li>• Metabólico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hipertensión arterial</li> <li>– Hipercolesterinemia (Colesterol elevado)</li> <li>– Diabetes mellitus</li> <li>– Sobrepeso</li> <li>– Obesidad</li> </ul>

**ANEXO 2**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**  
**CUESTIONARIO**

**Instrucciones**

Reciban ustedes un saludo cordial, mi nombre es: ROSARIO VALENZUELA MANRIQUE; soy Bachiller en enfermería de la Escuela Profesional de Enfermería –Filial Chincha de Universidad Privada San Juan Bautista, estoy realizando un estudio con el objetivo de conocer los estilos de vida y las enfermedades crónicas prevalentes de las personas adultas de la comunidad el Trébol del distrito de Pueblo Nuevo-2016.

Les presento este cuestionario y les agradeceré mucho lean cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos seis meses y las enfermedades crónicas que padece. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

**I. DATOS GENERALES:**

1. Sexo:                    Masculino (  ) Femenino (  )
  
2. Edad: \_\_\_\_\_ años
  
3. Grado de instrucción:  
a) Primaria (  )    b) Secundaria incompleta (  )    c) Secundaria completa (  )  
d) Superior técnica (  )                    e) Superior universitaria (  )
  
4. Estado Civil:  
a) Soltero(a) (  )                    b) Casado (a) (  )                    c) Conviviente (  )  
d) Viudo (a) (  )                    e) Separado (a) (  )
  
5. Ocupación:  
a) Ama de casa (  )    b) Empleado(a) (  )                    c) Obrero (a) (  )  
d) Jubilado (  )                    e) Trabajo independiente (  )    f) Trabajo eventual (  )

**II. DATOS ESPECIFICOS: actividades realizadas durante los últimos 6 meses**

	<b>ACTIVIDAD FISICA</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
1	Camino rápido o trote por 30 minutos				
2	Realizo algún deporte				
3	Realizo aeróbicos				
4	Practico alguna danza				
	<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
5	Como verduras				
6	Como fruta fresca				
7	Cómo tubérculos (papa, camote, yuca, etc.				
8	Como menestras: ( garbanzo, lentejas, arvejas, frijol, pallares)				
9	Como cereales (arroz, maíz, trigo, quinua)				
10	Como carne de res, cordero, cerdo				
11	Como carne de pollo				
12	Como pescado, atún				
13	Como embutidos, hot dog, jamonada, salchicha				
14	Como entre uno y dos alimentos fritos				
15	Como fideos, pastas				

16	Consumo leche, queso				
17	Como huevos				
18	Como dulces (galletas, mermeladas)				
19	Agrego más sal a mis alimentos cuando estoy comiendo.				
20	Tomo desayuno				
21	Almuerzo				
22	Ceno				
23	Bebo 8 vasos de agua				
24	Tomo bebidas gaseosas				
25	Consumo refrescos con azúcar (Chicha, limonada y otros)				
26	Agrego más azúcar a las bebidas				
	<b>HABITOS TOXICOS:</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
27	Tomo bebidas alcohólicas				
28	Fumo cigarrillos				
29	Consumo otras sustancias como drogas, anfetaminas/				
30	Consumo café				
	<b>HABITOS DE HIGIENE</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
31	Me baño				
32	Realizo mi higiene intima				

33	Aseo mis pies				
34	Cepillo mis dientes después de cada comida				
35	Me lavo las manos con jabón antes de comer				
36	Me lavo las manos con jabón después de ir al servicio higiénico				
37	Me cambio de ropa íntima				
38	Me cambio de ropa personal				
	<b>REPOSO Y SUEÑO</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
39	Duermo entre 7 y 8 horas				
40	Realizo siesta				
41	Tengo un horario fijo para acostarme.				
42	Tengo un horario fijo para levantarme.				
43	Sufro de insomnio				
	<b>USO DEL TIEMPO LIBRE</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
44	Realizo manualidades				
45	Realizo repostería				
46	Leo				
47	Veo Televisión				
48	Escucho música				
49	Realizo paseos con mi familia/amigos				
50	Cuido a mis nietos				

	<b>INTEGRACION SOCIAL</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
51	Me reúno con amigos (as) para conversar				
52	Asisto a grupos de la tercera edad				
53	Asisto a talleres de relajación				
54	Asisto a fiestas familiares				
55	Asisto a fiestas sociales				
	<b>ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
56	Realizo mis controles médicos periódicos				
57	Realizo el control de mi colesterol				
58	Realizo control de mi glucosa				
59	Realizo el control de mi presión arterial				
60	Realizo el control de mi peso				

### III. ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES

<b>¿Sufre de algunas de las siguientes enfermedades?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Hipertensión arterial		
2. Dislipidemia: colesterol elevado		
3. Diabetes mellitus		
4. Obesidad (IMC)		

Peso:

Talla:

Diagnóstico:

**Muchas gracias.**

### ANEXO 3

#### ANALISIS DE LA CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL JUEZ DE EXPERTOS

ITEMS	JUECES							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

**Se ha considerado:**

**0:** Si la respuesta es negativa

**1:** Si la respuesta es positiva

$$P = \frac{\sum P}{\sum \text{ITEMS}}$$

$$P = 0.056/7$$

$$P = 0.008$$

El grado de concordancia es significativo, el instrumento es válido, por ser  $p \leq 0.05$ .



## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SEGÚN COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, tienen la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde:

#### PRIMERA VARIABLE

- N : Número de ítems: 60  
 $\sum S^2(Y_i)$  : Sumatoria de las Varianzas de los ítems: 25.9  
 $S_x^2$  : Varianza de toda la dimensión: 213

Usando el programa Microsoft Excel 2010. Se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

<b>PRIMERA VARIABLE</b>	<b>0.89</b>	<b>ALTA</b>
		<b>CONFIABIABILIDAD</b>

## ANEXO 5

### TABLA DE CÓDIGOS

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>ALTERNATIVA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CODIGO</b>
<b>SEXO</b>	a	MASCULINO	1
	b	FEMENINO	2
<b>EDAD</b>	a	60 -65	1
	b	65 A MAS	2
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	a	PRIMARIA	1
	b	SECUNDARIA INCOMPLETA	2
	c	SECUNDARIA COMPLETA	3
	d	SUPERIOR TÉCNICA	4
	e	SUPERIOR UNIVERSITARIA	5
	f	NINGUNA	6
<b>ESTADO CIVIL</b>	a	Soltero(a)	1
	b	Casado (a)	2
	c	Conviviente	3
	d	Viudo (a)	4
	e	Separado (a)	5
<b>OCUPACIÓN</b>	a	Ama de casa	1
	b	Empleado(a)	2
	c	Obrero (a)	3
	d	Jubilado	4
	e	Trabajo independiente	5
	f	Trabajo eventual	6

**I. DATOS ESPECIFICOS: actividades realizadas durante los últimos 6 meses**

	<b>ACTIVIDAD FISICA</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
1.	Camino rápido o trote por 30 minutos	4	3	2	1
2.	Realizo algún deporte	4	3	2	1
3.	Realizo aeróbicos	4	3	2	1
4.	Practico alguna danza	4	3	2	1
	<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
5.	Como verduras	4	3	2	1
6.	Como fruta fresca	4	3	2	1
7.	Cómo tubérculos (papa, camote, yuca, etc)	2	3	4	1
8.	Como menestras: ( garbanzo, lentejas, arvejas, frijol, pallares)	2	3	4	1
9.	Como cereales (arroz, maíz, trigo, quinua )	2	3	4	1
10.	Como carne de res, cordero, cerdo	2	3	4	1
11.	Como carne de pollo	2	4	3	1
12.	Como pescado, atún	3	4	2	1
13.	Como embutidos, hot dog, jamonada, salchicha	1	2	3	4
14.	Como entre uno y dos alimentos fritos	1	2	3	4
15.	Como fideos, pastas	2	3	4	1
16.	Consumo leche, queso	4	3	2	1
17.	Como huevos	2	3	4	1
18.	Como dulces (galletas, mermeladas)	1	2	3	4
19.	Agrego más sal a mis alimentos cuando estoy comiendo.	1	2	3	4

20.	Tomo desayuno	4	3	2	1
21.	Almuerzo	4	3	2	1
22.	Ceno	4	3	2	1
23.	Bebo 8 vasos de agua	4	3	2	1
24.	Tomo bebidas gaseosas	1	2	3	4
25.	Consumo refrescos con azúcar (Chicha, limonada y otros)	4	3	2	1
26.	Agrego más azúcar a las bebidas	1	2	3	4
	<b>HABITOS TOXICOS:</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
27.	Tomo bebidas alcohólicas	1	2	3	4
28.	Fumo cigarrillos	1	2	3	4
29.	Consumo otras sustancias como drogas, anfetaminas/	1	2	3	4
30.	Consumo café	1	2	3	4
	<b>HABITOS DE HIGIENE</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
31.	Me baño	4	3	2	1
32.	Realizo mi higiene íntima	4	3	2	1
33.	Aseo mis pies	4	3	2	1
34.	Cepillo mis dientes después de cada comida	4	3	2	1
35.	Me lavo las manos con jabón antes de comer	4	3	2	1
36.	Me lavo las manos con jabón después de ir al servicio higiénico	4	3	2	1
37.	Me cambio de ropa íntima	4	3	2	1
38.	Me cambio de ropa personal	4	3	2	1

	<b>REPOSO Y SUEÑO</b>	<b>Siempre</b> "Todos los días"	<b>Casi siempre</b> "3 a 5 veces a la semana"	<b>A veces</b> "1 a 2 veces a la semana"	<b>Nunca</b>
39.	Duermo entre 7 y 8 horas	4	3	2	1
40.	Realizo siesta	4	3	2	1
41.	Tengo un horario fijo para acostarme.	4	3	2	1
42.	Tengo un horario fijo para levantarme.	4	3	2	1
43.	Sufro de insomnio	1	2	3	4
	<b>USO DEL TIEMPO LIBRE</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
44.	Realizo manualidades	4	3	2	1
45.	Realizo repostería	4	3	2	1
46.	Leo	4	3	2	1
47.	Veo Televisión	4	3	2	1
48.	Escucho música	4	3	2	1
49.	Realizo paseos con mi familia/amigos	4	3	2	1
50.	Cuido a mis nietos	1	2	3	4
	<b>INTEGRACION SOCIAL</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
51.	Me reúno con amigos (as) para conversar	4	3	2	1
52.	Asisto a grupos de la tercera edad	4	3	2	1
53.	Asisto a talleres de relajación	4	3	2	1
54.	Asisto a fiestas familiares	4	3	2	1
55.	Asisto a fiestas sociales	4	3	2	1
	<b>ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
56.	Realizo mis controles médicos periódicos	4	3	2	1

57.	Realizo el control de mi colesterol	4	3	2	1
58.	Realizo control de mi glucosa	4	3	2	1
59.	Realizo el control de mi presión arterial	4	3	2	1
60.	Realizo el control de mi peso	4	3	2	1

### ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES

¿Sufre de algunas de las siguientes enfermedades?	SI	NO
Hipertensión arterial	1	0
Dislipidemia: colesterol elevado	1	0
Diabetes mellitus	1	0
Obesidad (IMC)	1	0

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Talla:** \_\_\_\_\_

**GRACIAS.**









### ANEXO 7 - VALORES FINALES

Dim.	Indicadores	N° de elementos	P. Min	P. Máx	Niveles		
					Mala	Reglar	Buena
Actividad física	Camino	4	4	16	4-8	9-12	13-16
	Deporte						
	Aeróbicos						
	Danza						
Hábitos alimenticios	Dieta	15	15	60	15-30	31-45	46-60
	Háb. Noc. Aliment.	4	4	16	4-8	9-12	13-16
	N° de comidas	3	3	12	3-6	7-9	10-12
Hábitos tóxicos	Alcohol	4	4	16	4-8	9-12	13-16
	Cigarrillos						
	Otras sustancias						
	Café						
Higiene	Baño	8	8	32	8-16	17-24	25-32
	Higiene íntima						
	Aseo pies						
	Higiene dientes						
	Antes comer						
	Después baño						
	Cambio íntima						
	Cambio personal						
Reposo - sueño	Duermo 7_8horas	5	5	20	5-10	11-15	16-20
	Siesta						
	Horario acostar						
	Horario levantarse						
	Insomnio						
Tiempo libre – ocio	Manualidades	7	7	28	7-14	15-21	22-28
	Repostería						
	Leo						
	Veo televisión						
	Escucho música						
	Paseo familia						
	Cuido nieto						
Integración social	Reunión amigos	5	5	20	5-10	11-15	16-20
	Grupos tercera edad						
	Asisto talleres						
	Asisto fiestas						
	Asisto fiestas soc.						
Prevención para salud	Controles médicos	5	5	20	5-10	11-15	16-20
	Control colesterol						
	Control glucosa						
	Control presión art.						
	Control peso						