



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL
LEÓN. CUENCA, 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN,
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: VERÓNICA PAOLA MORA CANTOS CI. 0102478195
ELVA XIMENA GUAMÁN ZUMBA CI: 0105019947**

DIRECTORA: LCDA. ZARA JULIETA BERMEO VÁSQUEZ CI: 0302083472

**CUENCA – ECUADOR
2017**

RESUMEN

ANTECEDENTES: Con el pasar de los años, se produce un deterioro de la salud, los Adultos Mayores son vulnerables a padecer Enfermedades Crónicas Degenerativas, resultando en la pérdida de roles sociales tales como: el rol de esposa/esposo, madre/padre, empleada/empleado.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el Perfil de Salud-Enfermedad de los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas Degenerativas del Hogar Miguel León. Cuenca, 2017.

METODOLOGÍA: El método utilizado fue el cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, siendo la población de estudio finitade70 Adultos Mayores. Para la recolección de la información la técnica que se utilizó fue el llenado de la encuesta con un formulario de 11 preguntas, elaborada por las autoras de la investigación, basada en la encuesta de Tirado, Tola y Brito 2015: Frecuencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Adultos Mayores de los Centros Geriátricos de Cuenca, 2013 (1).

El procesamiento y análisis de la información se realizó en el programa SPSS 24; Microsoft Excel para la tabulación y se elaboraron tablas simples de doble entrada, frecuencia y porcentaje; la interpretación se realizó utilizando la estadística descriptiva.

Los procedimientos éticos fueron el consentimiento informado.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos demuestran que los Adultos mayores presentan: Hipertensión Arterial 37,1%; Diabetes Mellitus tipo II 30%; Osteoporosis 22,9%; Alzheimer 5,7%; Cáncer 2,9%; Cardiopatías 1,4%; reciben un control y medicación frecuente adecuada para cada una de sus enfermedades.

CONCLUSIÓN: Los Adultos Mayores tienen por lo menos un tipo de enfermedad crónica degenerativa, siendo las de mayor prevalencia la Hipertensión Arterial 37,1% y la Diabetes Mellitus tipo II 30%.

PALABRAS CLAVES: PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD, ADULTO MAYOR, ENFERMEDAD CRONICA.



ABSTRACT

BACKGROUND: Over the years, there is a deterioration of health, older adults are more vulnerable to chronic degenerative diseases, so the risks of disability and dependency increase, resulting in loss of social roles such as: the role of wife / husband, mother / father, employee / employee, professional.

GENERAL OBJECTIVE: Determine the Health-Disease Profile of Older Adults with Chronic Degenerative Diseases of the Miguel León Home. Cuenca, 2017.

METHODOLOGY: The type of study of the research was quantitative descriptive transversal, being the finite study population of 70 older adults. For the collection of information, the technique used was the filling of the survey: Frequency of Chronic Noncommunicable Diseases in Older Adults of the Geriatric Centers of Cuenca, Tirado 2013, Tola and Brito 2015 (5), which consists of 11 questions. The processing and analysis of the information was carried out in the program SPSS 24; Microsoft Excel for tabulation and simple tables of double entry, frequency and percentage; Interpretation was performed using descriptive statistics. Ethical procedures were informed consent.

RESULTS: The results obtained demonstrate that the Older Adults present: Arterial Hypertension 37.1%; Type II Diabetes Mellitus 30%; Osteoporosis 22.9%; Alzheimer's 5.7%; Cancer 2.9%; Heart disease 1.4%; Receive frequent control and medication suitable for each of their diseases.

CONCLUSION: Older Adults have at least one type of chronic degenerative disease, with the highest prevalence being Arterial Hypertension 37.1% and Type II diabetes mellitus 30%.

KEYWORDS: HEALTH-DISEASE PROFILE, OLDER ADULT, CHRONIC DISEASE.



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	18
2. FUNDAMENTO TEORICO	20
2.1 EL ENVEJECIMIENTO.....	20
2.2 PERFIL DE SALUD	25
2.3 ESPERANZA DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR Y SU SALUD	27
2.4 MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR.....	27
2.5 LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS QUE AFECTAN AL ADULTO MAYOR.....	28
3. OBJETIVOS:	46
3.1 Objetivo General	46
3.2 Objetivos Específicos.....	46
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	47
4.1 Tipo de estudio.....	47
4.2 Área de estudio	47
4.3 Universo y Muestra	47
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	47
4.5 Variables.....	48
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos.....	48
4.6.1 Métodos	48
4.6.2Técnicas.....	48
4.6.3 Instrumentos.....	48
4.7 Procedimientos	49
4.8 Plan de tabulación y análisis	49
4.9 Aspectos éticos.....	49
5. RESULTADOS	50
6. DISCUSIÓN.....	54
7.1 CONCLUSIONES	57
7.2 RECOMENDACIONES	58
Bibliografía.....	59
ANEXOS.....	69



Anexo No. 1.....	69
Anexo No. 2.....	72
Anexo No. 3.....	74
Anexo No. 4.....	75



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Verónica Paola Mora Cantos en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL LEÓN. CUENCA, 2017”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 08 de Diciembre del 2017

Verónica Paola Mora Cantos

CI: 0302083472



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Verónica Paola Mora Cantos, autora del proyecto de investigación: **“PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL LEÓN. CUENCA, 2017”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, 08 de Diciembre del 2017

Verónica Paola Mora Cantos

CI: 0302083472



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Elva Ximena Guamán Zumba en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL LEÓN. CUENCA, 2017”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 08 de Diciembre del 2017

Elva Ximena Guamán Zumba

CI: 0105019947



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Elva Ximena Guamán Zumba, autora del proyecto de investigación **“PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL LEÓN. CUENCA, 2017”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, 08 de Diciembre del 2017

Elva Ximena Guamán Zumba

CI: 0105019947



AGRADECIMIENTO

En primer lugar queremos agradecer a Dios por haber guiado nuestro camino, por habernos permitido superar cada uno de los obstáculos que se presentaron y que en un momento determinado intentaron que declináramos en la lucha por conseguir nuestro sueño de ser profesionales.

En segundo lugar queremos brindar un especial agradecimiento a nuestra directora de tesis a la Lcda. Zara Bermeo y a nuestra asesora Lcda. Ana Morocho por habernos brindado la oportunidad de recurrir a sus capacidades y conocimientos, y por su paciencia para guiarnos durante el desarrollo de la tesis.

Finalmente agradecemos a la Universidad de Cuenca, al Hogar Miguel León y a todas las instituciones, que de una u otra manera nos apoyaron para poder realizar nuestra tesis.



DEDICATORIA

Para la persona más importante de mi vida, la principal, la que me dio la vida, a quien debo mucho y todo: mi vida, mi ser, mi alegría, mi mundo, mis sueños, mis metas, y mi logro alcanzado hoy.

Para ella va esta dedicatoria por la ayuda constante, el acompañamiento, la preocupación, el apoyo moral, físico, económico, psicológico y en todo aspecto que he recibido de ella.

Este trabajo se lo quiero dedicar a mi madre quien ha sido y será siempre un gran ejemplo de lucha, constancia, sacrificio y arduo esfuerzo. Gracias madre por acompañarme a subir cada peldaño de mi vida y alcanzar junto a ti las metas que en algún momento creí inalcanzables.



DEDICATORIA

Quiero dedicar mi tesis a mí amado hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para hacer realidad este sueño.

A mis padres por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi abuelita, hermanos hermanas quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siga adelante y cumpla con mi metas y sueños.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Gracias a todos.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. (2)

El continente americano, enfrenta desafíos crecientes en torno a la vejez y a las Enfermedades Crónico Degenerativas, al ser la región de más rápido crecimiento del envejecimiento en el mundo. Para 2020, América tendrá unos 200 millones de Adultos Mayores, casi el doble de lo que tenía en 2006, y más de la mitad estarán viviendo en América Latina y el Caribe. (3)

El llamado índice de envejecimiento muestra la velocidad de los cambios demográficos en América Latina. La esperanza de vida a los 60 años también se ha incrementado, el 81% de las personas que nacen en la Región vivirá después de sus 60 años; mientras que 42% de ellas sobrepasarán los 80 años de edad. (4)

La nueva situación demográfica y epidemiológica de la Región, exige que los países deban ajustarse a estos nuevos contextos y al impacto tangible de este fenómeno en la seguridad social y la salud pública. Sin embargo, la Región carece en la mayoría de países de una visión integral de la salud de las personas mayores; el conocimiento y atención de sus necesidades en salud no es uniforme y la mayoría de los sistemas de salud no cuentan con indicadores para el seguimiento y análisis de los efectos de las medidas sanitarias. La cobertura, la continuidad de la atención y el acceso geográfico, físico, económico y cultural, a los servicios de salud, es deficiente; y los que tienen acceso, aún no reciben, en su mayoría, servicios acordes con sus necesidades. (5)



El progresivo envejecimiento trae consigo procesos de enfermedades para esta población como: multipatología, deterioro cognitivo y discapacidad grave, necesitando así hospitalización y cuidados a corto y largo plazo debido a los continuos episodios agudos producto de sus patologías. El personal sanitario deberá estar preparado no solo para enfrentar la enorme carga de atención en salud, sino en empoderar e implementar medidas preventivas y terapéuticas adaptadas a la función y fragilidad de cada geronto, teniendo por objetivo mejorar la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona; y como menciona la Organización Panamericana de la Salud, tiene también que ver con el medio ambiente que la rodea. (6)

La Organización Panamericana de la Salud, señala que los centros geriátricos y de salud se enfrentan a problemas con el creciente número de personas con Enfermedades Crónico Degenerativas, las mismas que necesitan cuidados complicados y costosos. Centralizarse en la prevención, la detección temprana y el envejecimiento saludable es uno de los retos que en la actualidad el sistema de salud y el estado enfrentan. (4)

El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances en el conocimiento de las patologías que afectan a las personas mayores, han permitido orientar la atención de salud de este grupo etario, dentro de un enfoque anticipatorio y preventivo, dirigido a la mantención de la funcionalidad. Las personas adultas mayores siempre han sido atendidas en el sistema de salud pública, pero hace sólo 20 años que se las atiende bajo el paradigma central de la geriatría, cuya mirada es anticipatoria y centrada en la funcionalidad. (7)

Es la instalación de esta mirada específica la que hoy permite clasificar según su estado de salud funcional a la población adulta mayor bajo control en el



sector público, así como tener la información para actuar anticipadamente a la posible pérdida de dicha funcionalidad, posponiendo la dependencia. (7)

Las enfermedades crónicas constituyen una epidemia mundial. El término enfermedades crónicas abarca lo siguiente: cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición que se cobran 35 millones de vidas al año y, en conjunto, son la principal causa de mortalidad en todo el mundo. La mayor parte de las enfermedades crónicas resultan de la interacción de factores genéticos y ambientales. (8)

El aumento en la esperanza de vida es un indicador de que en nuestra región y sobre todo en nuestro país se ha mejorado la salud durante los últimos años, es así, necesario investigar los aspectos que acompañan a la vejez como las Enfermedades Crónico Degenerativas de mayor incidencia en los gerontos, permitiendo replantearnos, si el aumento de la esperanza de vida es satisfactorio o si las Enfermedades Crónico Degenerativas(ECD) se convierten no solo en un padecimiento para el Adulto Mayor, sino en una carga sanitaria y social.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Enfermedades Crónico Degenerativas representan uno de los problemas de salud más comunes y costosos dentro de la población Adulta Mayor, sin embargo, son patologías que se pueden sobrellevar y tratar. En consecuencia, se considera importante conocer la frecuencia de las ECD, pues se ha demostrado que un diagnóstico e intervención temprana fomentan la autonomía de los Adultos Mayores, reduciendo el riesgo de hospitalización y muerte.

La presencia de ECD, está asociada a la edad, diezmando su capacidad funcional tanto física como psicológica. A nivel latinoamericano, Ecuador es uno de los países con esperanza de vida media alta (75 - 87 años) (9), a consecuencia de las políticas públicas enfocadas al bienestar de la salud. Estas iniciativas han considerado al Adulto Mayor como una población de atención prioritaria. (1)

En un estudio: Frecuencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles realizado en los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, en el año 2014 con 481 Adultos Mayores, estimaron que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son: Diabetes Mellitus tipo II con una prevalencia del 17%, Hipertensión Arterial del 53.5%, Dislipidemia del 64,8%, Sobrepeso del 35.2% y Obesidad del 19.1%. (1)

En la constitución del Ecuador del año 2008 en los artículos 36, 37 y 38 indica que “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia; El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores” (10)

Las Enfermedades Crónico Degenerativas son la base del estudio que indica el estado de salud de los gerontos. Los resultados del presente estudio pretenden fomentar el desarrollo de nuevos lineamientos en atención de salud de los Adultos Mayores con Enfermedades Crónico Degenerativas del Hogar Miguel León.



Por todo lo anteriormente citado fue necesario un conocimiento real sobre las morbilidades crónico degenerativas de mayor incidencia, su efecto en la funcionalidad y cognición, es así que los resultados obtenidos demuestran que los Adultos mayores presentan por lo menos un tipo de enfermedad crónica degenerativa.



1.3 JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento representa un proceso que conlleva una serie de cambios complejos y pérdidas, que demanda la adaptación en el ámbito intelectual, social y afectivo-emocional, las cuales están condicionadas por aspectos biológicos, sociales y psicológicos propios de cada individuo. Es así, que los Adultos Mayores padecen multimorbididades ligadas a su edad, tales como: Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial y Cardiopatías.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado que entre 2000 y 2050 se duplicará la población de ancianos mayores de 60 años, pasando del 11 al 22 por ciento; este grupo de edad pasará de 605 millones a 2 mil millones en el transcurso de medio siglo.

Tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más aumentara de un 7 por ciento a un 14 por ciento. Por el contrario, en países como Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años. (11)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2030 en México habrá más personas mayores de 60 años, que niños y jóvenes menores de 15 y existen 10 millones de adultos mayores de 60 años que hay que representan el 9% de la población mexicana. (12)

En Colombia habitan alrededor de cinco millones y medio de adultos mayores. Mientras, en Bogotá, esa población alcanza las 910.000 personas y en cuatro años serán casi un 1.200.000, según proyecciones de la Secretaría de Integración Social. (13)

Nuestro país se ve influenciado por el cambio demográfico que vive América Latina. La magnitud y la velocidad del crecimiento de la población geronto, es inminente. Es así, que el estudio de las morbilidades que afectan a esta población



es importante, puesto que, permite identificar las tasas de incidencia de las Enfermedades Crónico Degenerativas, así como el manejo del perfil de salud de dicha población. El incremento de las tasas de Enfermedades Crónico Degenerativas, representa uno de los desafíos sanitarios más relevantes para la salud y el estado debido a los altos costos que demanda sobrellevarlas.

En Ecuador existen 1'229.089 Adultos Mayores, las enfermedades más comunes que padecen en el área urbana son: Osteoporosis (19%), Diabetes Mellitus tipo II (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%) (1). Además, se considera que el Alzheimer afecta al 5% de las personas de 65 años, pero esta cifra se va duplicando cada 4 años hasta alcanzar el 30% a los 80 años y sobre los 90 años se afecta el 50% de las personas; en el Ecuador, se calcula, que hay de 80 mil a 100 mil personas con esta enfermedad. (14)

En este contexto, se considera importante conocer el nivel de padecimiento y la frecuencia de las Enfermedades Crónico Degenerativas en los Adultos Mayores del Hogar Miguel León, porque sirve de indicador de patologías relacionadas con la edad, permitiendo mejorar así los servicios y lineamientos de atención en los prestadores de salud que atienden a dicho grupo etario, evitando que los Adultos Mayores presenten multimorbilidades que deriven en un mayor riesgo de dependencia, gasto de recursos sanitarios y de atención social.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTOTEORICO

2.1 EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. Una de cada diez personas en la actualidad tiene 60 años o más. (15)

Existen numerosas definiciones del envejecimiento, pero a su vez es difícil precisar el concepto general del mismo. Autores como Lehr, Laforest, Gómez y Curcio coinciden en tratarlo como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida. (15)

2.1.1 Fisiología del envejecimiento

En el plano biológico, el envejecimiento se asocia con la acumulación de una gran variedad de deterioros moleculares y celulares. Con el tiempo, estos deterioros reducen de manera gradual las reservas fisiológicas, aumentando así, el riesgo de sufrir enfermedades. Además, disminuyen en general la capacidad del individuo. (16)

Por otra parte la revista colombiana de Cardiología manifiesta: El envejecimiento según el "nuevo paradigma" se considera como un fenómeno fisiológico determinado y favorecido por la selección supraindividual. Esto implica la existencia de mecanismos específicos, genéticamente determinados y regulados que causen el envejecimiento, dentro de los cuales se han descrito



la muerte celular programada, el recambio celular, la limitación en la duplicación celular. (17)

2.1.2 Cambios del envejecimiento

Según Ángela Hernández Córdova, el envejecimiento se concibe como un fenómeno humano complejo porque abarca cambios en todas las dimensiones de la vida: biológica, psicológica, social, cultural, espiritual, económica, histórica y política. (18)

a) Cambios Biológicos

Sistemas Sensoriales:

➤ VISION

- Disminución del tamaño de la pupila
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino
- Disminución de la agudeza visual y la discriminación de colores
- Debilitamiento muscular
- Atrofia lagrimal

➤ AUDICION

- Menor agudeza para las frecuencias altas
- Deterioro en la discriminación de palabras y comprensión de conversaciones
- Crecimiento del pabellón auditivo
- Hipoacusia

➤ GUSTO Y OLFATO

- Disminución de la sensibilidad a sabores: salados, dulces y ácidos
- Menor cantidad de saliva
- Disminución en la discriminación de olores

➤ TACTO

- Aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad



- Disminución del colágeno, grasa subcutánea y masa muscular

Sistemas Orgánicos:

- Estructura Muscular
- Se produce una importante pérdida de masa muscular y atrofia de las fibras musculares
- Disminuye el peso, número y diámetro
- Enlentecimiento de los reflejos musculares y pérdida de flexibilidad

Sistema esquelético:

- Disminución de la masa ósea
- Proceso de desmineralización con fragilidad ósea, porosidad y vulnerabilidad a la fractura

Articulaciones:

- Reducción de la flexibilidad
- Aumento de la rigidez articular debida a la degeneración de cartílagos, tendones y ligamentos

Sistema Cardiovascular:

- Corazón
- Aumento del ventrículo izquierdo
- Mayor cantidad de grasa acumulada
- Alteraciones del colágeno
- Aumento de peso
- Disminución de la velocidad de contracción miocárdica
- Incremento de la presión en el ventrículo izquierdo
- Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad

Sistema Respiratorio:

- Disminución de la superficie alveolar
- Disminución de la función del sistema mucociliar

- Atrofia y debilitamiento de los músculos intercostales y del diafragma
- Disminución en el riego sanguíneo muscular
- Disminución de la retracción pulmonar
- Paredes bronquiales rígidas, calcificación cartilaginosa
- Frecuencia respiratoria mayor
- Volumen residual aumentado
- Capacidad vital disminuida

Sistema Excretor y Reproductor:

- Disminución de la unidad funcional renal (nefronas)
- Disminución de las propiedades contráctiles de la vejiga
- Aumento de la resistencia vascular renal
- Pérdida progresiva de la funcionalidad ovárica
- Disminución del tamaño del útero
- Pérdida de elasticidad del tejido vaginal
- Disminución del tamaño de los testículos
- Aumento del tamaño de la próstata
- Disminución de la testosterona

Sistema Digestivo:

- Pérdida de piezas dentales
- Disminución de movimientos esofágicos y peristaltismo
- Atrofia de la mucosa intestinal
- Tendencia a reflujo por incompetencia del esfínter gastroesofágico
- Disminución de la secreción del ácido clorhídrico
- Disminución del tamaño y peso hepático
- Enlentecimiento del tránsito intestinal
- Menor capacidad de nutrientes (carbohidratos y grasas) (19)

Sistema Nervioso:

- Disminuyen el número de neuronas y aumentan las células de soporte y conectivas

- Disminución de la memoria, de la capacidad cognitiva y de las facultades de aprendizaje
- Dificultades en la psicomotricidad
- Problemas en la coordinación de los movimientos

b) Cambios Psicológicos

El perfil psicológico del anciano ha sido descrito siempre desde una perspectiva negativa. El declive físico que el adulto comienza a padecer cuando se acerca a la edad senil, parece corresponderse también con su deterioro psicológico. La melancolía, el egoísmo, la falta de memoria para los hechos recientes, la tozudez, el autoritarismo, la desconfianza, son rasgos que aparecen comúnmente en muchos de nuestros ancianos, pero no todos ellos pueden atribuirse únicamente a la edad. (20)

- Cambios en la función Cognitiva: La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales incluyendo el pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, comprensión y resolución de problemas. Esta función cambia con la edad.

Actualmente un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad como para afectar el funcionamiento social y profesional, se entiende como demencia. El impacto de la demencia es de gran alcance no solo afecta la salud y el bienestar del paciente sino que también está asociado a una pesada carga para el cuidador, un aumento del uso de servicios sanitarios y necesidades del cuidado a largo plazo. (21)

c) Cambios Socioeconómicas

Cuando se habla del adulto mayor y el rol de su entorno en la sociedad, es indispensable conocer aspectos vinculados con su ambiente, lo que contribuye



a comprender de mejor manera su situación y así determinar la función que ejerce en determinado grupo social. Generalmente cuando el ser humano ha llegado a esta etapa de su vida ha cumplido sus metas y objetivos de vida profesional y personal, la vejez debe ser una época plena, rodeada de cariño por parte de los seres queridos. (22)

Llega el momento de la jubilación, que se trata de un retiro no voluntario sino impuesto e inevitable. En ese momento, las redes sociales laborales, que resultaban uno de los sostenes afectivos de las personas mayores, se ven debilitadas al perder el contacto frecuente y cotidiano entre compañeros, jefes, pares. Esto implicará un esfuerzo para fortalecer los vínculos de esa red y para reconstruir un nuevo tejido en cuanto a las otras redes sociales tales como la familia, la comunidad, etc. (23)

Por otro lado, la jubilación disminuye el ingreso en la economía doméstica, siendo a veces éste el único medio de subsistencia familiar. Este cambio en la organización económica dificulta la realización de actividades tendientes al disfrute del tiempo libre, de recreación y ocio. (23)

2.2 PERFIL DE SALUD

El Perfil de Salud hace referencia a un análisis de la situación de salud de determinado lugar o territorio y detalla básicamente la situación general y los problemas específicos en salud de acuerdo a los diferentes grupos de población y tipo de enfermedad. Con base a dicho análisis, se direcciona el sistema de salud a nivel local y nacional. (24)

Según la Dra. Jaquelina Hortencia Martínez Figueroa: La salud y la enfermedad no tienen una raíz exclusivamente orgánica. Los procesos por los que se adquieren se encuentran entrelazados con numerosos factores. Dada la condición social del ser humano y el funcionamiento intersistémico de nuestro organismo, cualquier factor que le afecte involucra a cada uno de los sistemas



de los que forma parte. La condición humana se comprende mediante el análisis total de los elementos que la integran. (25)

De acuerdo con Rodríguez E, Díaz F, Rodríguez L. El estado de salud es una constante preocupación de la humanidad. Un objetivo básico de la asistencia sanitaria consiste en evitar las enfermedades, o bien, detectarlas oportunamente con la finalidad de hacer intervenciones y prevenir su avance. (26)

El Programa Nacional de Salud de las personas Adultas Mayores MINSAL propone un Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de las personas respecto a mantenerse sanos/as saludable/s, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad) y garantizar su estado futuro, mediante el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones. (7)

Modelo de Atención basado en los siguientes principios:

- Centrado en las personas (enfoque al usuario y población a cargo)
- Énfasis en lo promocional y preventivo
- Enfoque de salud familiar
- Integralidad
- Énfasis ambulatorio
- Participación
- Intersectorialidad
- Calidad
- Continuidad de la Atención (7)



2.3 ESPERANZA DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR Y SU SALUD

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la esperanza de vida, en el Ecuador llega a los 75 - 76 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres. En cuanto a la tasa de mortalidad fue de 38 por mil para las mujeres y 44 por mil para los hombres. Anualmente fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos de 65 años de edad o más. (27)

Así mismo, la discapacidad en la población adulta mayor, evidencia que las mujeres tienen mayores niveles de afectación que los hombres, el 21% de las mujeres y el 43% de los hombres mantienen su funcionalidad, mientras que el 19% de las mujeres y el 13% de los hombres sufren de discapacidad (28). Las principales causas de muerte incluyeron neumonía, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardiaca e infarto agudo de miocardio (27)

2.4 MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR

En el Ecuador se ha determinado que la enfermedad más común es la Hipertensión Arterial con una prevalencia de 54% entre las mujeres y 38% en los hombres; en segundo lugar, está la Artritis o Reumatismo (44% en mujeres y 21% en hombres, respectivamente) y la tercera, es la Osteoporosis con 16% de prevalencia entre las mujeres y 12% entre los hombres (29). En el estudio: Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores, realizado en México (2013), encontraron que los principales padecimientos en Adultos Mayores son: Hipertensión Arterial (40%), Diabetes Mellitus tipo II (24%) e Hipercolesterolemia (20%). Para el estado funcional, 26.9% reportó dificultad para realizar actividades básicas y, 24.6%, para actividades instrumentales. El estudio concluyó la necesidad de un nuevo modelo de atención para hacer frente a la creciente prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas en

la vejez, así como al aumento de la discapacidad y consecuente dependencia que resulta de ellas. (30)

2.5 LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS QUE AFECTAN AL ADULTO MAYOR

Las ECD, tienen un impacto social y sanitario, están ligadas al incremento del tiempo de vida y al consumo de recursos sanitarios; se incrementan a partir del sexto y séptimo decenio (70 y 80 años) de vida y prevalecen de forma tenue más en la mujer. El padecimiento de Enfermedades Crónicas Degenerativas en la vejez como la Osteoporosis, Artritis, Artrosis o Enfermedades Cognitivas, contribuyen de forma notable a la discapacidad y dependencia física del Adulto Mayor, debido a que estas patologías son progresivas. (31)

En la encuesta nacional de Salud en España, se menciona que los problemas de salud crónicos son más frecuentes en la población de Adultos Mayores; siendo más relevantes las Enfermedades Osteoarticulares, Hipertensión Arterial (HTA), Colesterol elevado, Varices y Diabetes Mellitus tipo II, para el grupo etario de 65 a 74 años. (32) En un estudio similar: Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicas; se evidenció que del grupo de personas mayores de 74 años, una de cada cinco estuvo hospitalizada. Los servicios sanitarios y sociales se incrementan sobremanera en las personas de 65 años o más. (33)

2.5.1 Enfermedades Cardiovasculares

Las Enfermedades Cardiovasculares, se consideran la primera causa de muerte en la población Adulta Mayor. En Cuba, durante el año 2010, la mortalidad por enfermedades del corazón ocupó el primer lugar en personas con edad ≥ 65 años. Las enfermedades isquémicas del corazón produjeron en ese periodo 16.435 defunciones, de ellas, 7.022 fueron provocadas por Infarto Agudo de Miocardio. (34)

2.5.2 Hipertensión Arterial

Es una enfermedad y factor de riesgo cardiovascular de alta prevalencia a nivel mundial. Una investigación realizada en el Cantón Zapotillo-Ecuador con 164 Adultos Mayores, encontró que 117 personas (71,34%) son hipertensas. Siendo los principales factores asociados: tabaquismo, sedentarismo, consumo de alcohol, estrés, dieta hipersódica. (35)

Clasificación.-

- Una presión arterial normal es cuando la presión arterial es menor a 120/80 mm Hg la mayoría de las veces.
- Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mm Hg o mayor la mayoría de las veces.
- Si los valores de su presión arterial son de 120/80 o más, pero no alcanzan 140/90, esto se denomina prehipertensión.

Etiología.-

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, incluso:

- La cantidad de agua y de sal que usted tiene en el cuerpo
- El estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos
- Sus niveles hormonales

Usted es más propenso a que le digan que su presión arterial está demasiado alta a medida que envejece. Esto se debe a que los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos con la edad. Cuando esto sucede, la presión arterial se eleva. La hipertensión arterial aumenta la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular, un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal o muerte prematura. (36)



Factores de riesgo.-

La hipertensión arterial afecta aproximadamente a la mitad de los adultos mayores de 60 años. Al menos la tercera parte de los casos no son diagnosticados. La prevalencia de la hipertensión se correlaciona directamente con la edad en el sexo femenino y con la presencia de obesidad. El problema suele ser silencioso y debe ser investigado sistemáticamente. (37)

Signos y Síntomas

- Tensión Arterial superior a los 120/60
- Cefalea intensa
- Vértigo
- Fatiga

Diagnóstico.-

Una vez que se haya determinado que el paciente tiene HTA hay que valorar minuciosamente los efectos de la enfermedad en órganos importantes como: cerebro, riñón, corazón, retina, vasos sanguíneos.

La evaluación incluye radiografías y estudios de los riñones con isotopos radioactivos, una radiografía de tórax y determinaciones de ciertas hormonas en la sangre y orina.

Tratamiento.-

- No Farmacológico

Encaminado a modificar estilos de vida, se utiliza como tratamiento inicial, así como complemento del tratamiento farmacológico

- Farmacológico

El tratamiento consiste en la utilización fármacos antihipertensivos, según prescripción médica. (38)

2.5.3 Diabetes Mellitus tipo II

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014), señala que existe un incremento en la prevalencia de Diabetes conforme aumenta la edad (39). De las Enfermedades Crónico Degenerativas, la Diabetes Mellitus tipo II ha tenido una prevalencia, ésta debido a múltiples factores que se combinan como: herencia, estilos de vida, alimentación, obesidad e incremento del tiempo de vida. La Diabetes Mellitus tipo II (DM) desemboca en complicaciones como: Hipertensión Arterial, Síndrome Metabólico, Neuropatía Diabética, Angiopatía Diabética, Insuficiencia Renal, entre otras complicaciones. Con el incremento de edad, la resistencia a la insulina es mayor desencadenando una eventual hiperglucemia. (40)

Signos y Síntomas.-

Los principales síntomas pueden incluir:

- Infección en la vejiga, el riñón, la piel u otras infecciones que son más frecuentes o sanan lentamente
- Polifagia
- Polidipsia
- Poliuria
- Visión borrosa
- Fatiga (41)

Factores de riesgo.-

No modificables

- Edad igual o mayor a 45 años
- Antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos)

Modificables

- Obesidad
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Estrés
- Hábitos inadecuados de alimentación
- Hipertensión arterial mayor a 140/90 (38)

Diagnóstico.-

Deberá realizarse detección sistemática de diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de cualquier edad, sobrepeso u obesidad y otros factores de riesgo, y en los sujetos que no tienen factores de riesgo, a la edad de 45 años.

Los criterios bioquímicos de laboratorio convencionales para la confirmación del diagnóstico de diabetes son los siguientes:

- Hemoglobina glucosilada fracción A1c (HbA1c) ≥ 6.5 %
- Glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dL (con ayuno de por lo menos ocho horas).
- Glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dL luego de que se le haya aplicado una prueba de tolerancia oral a la glucosa al paciente (según la técnica descrita por la Organización Mundial de la Salud), por medio de la administración previa de una carga de glucosa anhidra de 75 g disuelta en agua.
- Hiperglucemia o glucemia ≥ 200 mg/dL. (IV) (42)

Complicaciones.-

Pueden ser microvasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macrovasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones microvasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves).

Las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores. (43)

Tratamiento.-

No farmacológico

- Modificación del estilo de vida
- Mejorar hábitos alimenticios
- Realizar actividad física

Farmacológico

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, obesos o no, el tratamiento es metformina. Cuando hay obesidad, el uso de la biguanida se asocia con pérdida de peso (de 1 a 5 kg), sin aumentar el riesgo de hipoglucemia. El riesgo de hipoglucemia en pacientes adultos mayores es más frecuente con el uso de sulfonilureas. Ante hiperglucemia posprandial, están indicadas las glinidas o inhibidores de la alfa-glucosidasa, o la insulina de corta o rápida duración. (42)

2.5.4 Osteoporosis

Es una enfermedad ocasionada por la pérdida de tejido óseo, relacionada con un aumento de riesgo de fracturas. La pérdida de tejido óseo en las mujeres es mayor, por tanto, se incrementa el riesgo de padecer Osteoporosis. En cuanto a la pérdida ósea relacionada con la edad, se considera que ocurre en hombres y mujeres por igual, iniciando a partir de los 60 años (44). Estudios manifiestan que una mujer de 50 años presenta el 15,6% de probabilidad de sufrir una fractura de cadera, de antebrazo el 15% y el riesgo de una fractura vertebral se eleva hasta el 32%. (45)

Etiología.-

La gran mayoría de enfermos tienen una osteoporosis primaria, en la que distinguimos tres grandes grupos, la osteoporosis idiopática juvenil o del adulto, sin causa conocida, la osteoporosis tipo I o postmenopáusica, en la que influye decisivamente la falta de estrógenos que se produce en la mujer en ese periodo de su vida, y la osteoporosis tipo II o senil, que es la producida por el envejecimiento.

Recientes investigaciones, atribuyen un aumento en la frecuencia de fractura de cadera en aquellas pacientes que han tomado, durante más de un año (ingesta prolongada), fármacos para la acidez del estómago de los llamados Inhibidores de la bomba de protones (IBP) (46)

Factores de riesgo.-

Existen también numerosos factores que aumentan la pérdida de masa ósea, la inmovilización, el tabaco y el alcohol.

- Antecedente de fractura o fracturas a partir de los 50 años.
- Fractura materna del fémur.
- Edad avanzada (> 65 años)
- Bajo peso (< 50 Kg.)



- Menopausia precoz, espontánea o quirúrgica (< 45 años)
- Baja ingesta de calcio
- Inactividad física prolongada

Signos y Síntomas.-

Habitualmente, las etapas iniciales de la disminución de la masa ósea no presentan síntomas. Pero una vez que los huesos se hayan debilitado por la osteoporosis, puedes tener los siguientes signos y síntomas:

- Dolor de espalda, causado por la fractura o el colapso de una vértebra
- Pérdida de estatura con el transcurso del tiempo
- Postura encorvada
- Fractura de un hueso que se produce mucho más fácilmente de lo previsto (47)

Diagnóstico.-

Una radioabsorciometría de doble energía (DEXA, por sus siglas en inglés) es una radiografía de baja radiación que mide la densidad de minerales en sus huesos. Generalmente mide la densidad de los huesos de la columna vertebral y la cadera, para:

- Diagnosticar pérdida ósea y osteoporosis.
- Predecir el riesgo de fracturas óseas en el futuro.
- Ver cómo está funcionando un medicamento para la osteoporosis.

Es posible que necesite exámenes de sangre y orina si su proveedor cree que la causa de su osteoporosis es una afección, y no la pérdida ósea lenta que ocurre al envejecer. (48)



Tratamiento.-

Modificaciones del estilo de vida

- Ejercicio físico regular y medidas de prevención de caídas.
- Aporte nutritivo adecuado y mantención de peso corporal razonable
- Evitar tabaquismo y consumo excesivo de alcohol
- Evitar drogas con efecto negativo sobre los huesos (corticoides)

Medicación Farmacológica

La utilización de fármacos está indicada en aquellos pacientes de osteoporosis con mayor riesgo de presentar una fractura (aquellos con varios factores de riesgo y menor densidad del hueso) (38)

2.5.5 Alzheimer

El nombre de esta enfermedad proviene del psiquiatra alemán, Dr. Alois Alzheimer, quien en 1901 trató el caso de Auguste Deter (51 años) hasta su muerte en 1906, cuando pudo observar el cerebro de la mujer y descubrir la causa de su enfermedad, describiendo una nueva enfermedad que producía pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones y finalmente muerte. (49)

En el Ecuador, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2013), el 21,4% de las personas que fueron diagnosticadas con demencia, oscilan entre los 61 y 70 años de edad a nivel nacional (50). Por otra parte, en el Cantón Gonzanamá-Ecuador se realizó un estudio con 150 Adultos Mayores, determinando que 5 personas (3.33%) presentaron Alzheimer, con mayor predominio del sexo femenino con un 60% en relación al 40% en los hombres (51). Se estima que alrededor de 9% de los Adultos Mayores padece alguna forma de deterioro cognitivo. (52)

Etiología.-

Si bien, aún se desconoce qué causa el Alzheimer, los investigadores confirman que “el daño al cerebro empieza de 10 a 20 años antes de que algún problema sea evidente”. Sostienen, que las probables causas provienen de factores genéticos y estilo de vida, principalmente. Lo que está claro, es que afecta principalmente a personas de la tercera edad.

Con la generación de placas y ovillos en zonas particulares del cerebro, es cuando comienzan a funcionar con menos eficacia las neuronas sanas. Posteriormente pierden funcionamiento y comunicación entre ellas, para finalmente morir. El proceso, se acerca al hipocampo del cerebro, esencial para la formación de recuerdos.

Conforme avanza la muerte de neuronas, las regiones del cerebro afectadas comienzan a encogerse, extendiendo el daño y disminuyendo los tejidos del cerebro de manera considerable.

Factores de riesgo.-

- **La edad:** Se estima que a los 60-65 años.
- **El sexo:** Las mujeres se ven más afectadas que los hombres.
- **Antecedentes familiares:** familiares con la enfermedad.
- **El nivel de educación:** Se ha demostrado que un nivel bajo de educación, aumenta el riesgo.
- **Los factores vasculares:** La hipertensión arterial, al igual que niveles altos de colesterol y la hiperglicemia.
- **La obesidad:** Una variante común del gen de la obesidad FTO lleva a la pérdida de tejido cerebral incrementando así, la probabilidad de desarrollar la enfermedad.
- **El tabaco**
- **Los factores alimenticios:** Varios estudios demostraron, que la ingesta de grasas saturadas, así como el aumento del colesterol total aumenta la



incidencia de demencia. Los niveles bajos de ácidos omega-3 y una dieta con mínima consumación de pescados incrementan el riesgo de déficit cognitivo y de aparición de una demencia. (49)

Signos y Síntomas.-

La Organización Mundial de la Salud, presenta cinco síntomas que presenta el Alzheimer:

- Pérdida de la memoria
- Dificultad con las palabras y números
- Cambios de humor
- Dificultad en las tareas cotidianas
- Confusión en entornos familiares

Fases.-

El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento del NIH norteamericano, define tres fases en la enfermedad de Alzheimer:

- **Leve:** El enfermo olvida sus citas, llamadas telefónicas, el nombre de las personas (relaciones o amigos), los objetos familiares. Tiene dificultades para seguir una conversación. Está sujeto a bruscos cambios de humor, tiene problemas para encontrar las palabras precisas. No se pierde y aún puede conducir, se viste solo y come bien.
- **Moderado:** El enfermo olvida sucesos recientes, no puede asimilar o comprender los hechos nuevos: un matrimonio o el fallecimiento de un pariente. Sin embargo, el recuerdo de hechos lejanos persiste aunque los sitúe mal en el tiempo. Es el momento de las reacciones agresivas, ha de ser vigilado las 24 horas del día.
- **Severo:** El enfermo olvida los hechos recientes y pasados. No reconoce a su cónyuge o a sus hijos, su humor es imprevisible: grita, llora, se agita. No reacciona coherentemente ante una situación, ni comprende una explicación, No comprende lo que se le dice. No controla sus gestos. No sabe levantarse, sentarse o andar. Le cuesta trabajo tragar. No controla los esfínteres y aparece incontinencia. (49)

Tratamiento.-

La OMS identifica y promueve algunas prácticas que pueden ayudar a quienes padecen esta enfermedad

- Diagnóstico precoz
 - Mantenimiento de la actividad física y mental
 - Tratamiento de enfermedades físicas concomitantes y del sufrimiento psicológico
 - Investigación para mejorar la atención y encontrar una cura
 - Leyes para proteger los derechos humanos de los pacientes
 - Información y apoyo por parte de los servicios sociales y de atención sanitaria
- (49)

2.5.6 Enfermedades Endócrinas

Los cambios endocrinológicos más importantes en el Adulto Mayor se relacionan con el páncreas y tiroides. Más del 50% de los Adultos Mayores de 80 años, tienen al menos intolerancia a la glucosa (53). El Hipotiroidismo se define como la presencia de una concentración elevada de hormona tirotrópica (TSH) sin una elevación concomitante de la concentración de tiroxina (T4) ni triyodotironina (T3). Esta condición ocurre en 3-8% de la población general y es más frecuente en mujeres y en pacientes de edad avanzada. (54)

2.5.7 Cáncer

El cáncer se considera una enfermedad crónica degenerativa. En 2012 se estimó que las neoplasias malignas más comunes diagnosticadas ese año fueron: pulmón, mama y cáncer colorrectal, así como las más frecuentes que producen muerte: pulmón, cáncer hepático y cáncer gástrico. (55)

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más comunes en el hombre y una de las causas de mortalidad, se presenta con más frecuencia en mayores de 60 años. Los factores de riesgo incluyen: la edad, raza, historia familiar y alimentación. La máxima incidencia se observa a los 65 años. (56)

Cáncer de mama.-

El cáncer de mama representa la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino. Los carcinomas de mama pueden presentarse a casi cualquier edad de la vida, pero son más frecuentes en las mujeres de más edad. (57)

En Cuba el desarrollo de la Salud Pública ha contribuido a la creación de las consultas de climaterio y menopausia para realizar una atención multidisciplinaria a la mujer, donde se puede diagnosticar el cáncer de mama en estadios tempranos de la enfermedad, favoreciendo un tratamiento conservador y mejorar la calidad de vida de la mujer. (57)

Clasificación.-

Se distinguen 4 estadios:

- Estadio I: tumores pequeños, sin afectación metastática de la axila.
- Estadio II: tumores de más de 2 cm o con afectación metastática de la axila moderada.
- Estadio III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar masiva.
- Estadio IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado...).

El pronóstico de estos estadios es muy diferente, con supervivencias aproximadas a 5 años de 95% (estadio I), 80% (estadio II), 60% (estadio III) y 25% (estadio IV) (58)

Signos y Síntomas.-

El cáncer de mama no da síntomas o signos hasta que la enfermedad ha adquirido un notable desarrollo.

Cuando aparecen, los signos más frecuentes de la enfermedad son:

- tumoración en la mama de reciente aparición



- Cambios persistentes en la piel de la mama (enrojecimiento, retracción de la piel, piel de naranja)
- Eccema del pezón
- Bultos en la axila
- Hinchazón del brazo
- Retracción del pezón
- Secreciones anómalas por el pezón. (58)

Tratamiento.-

Los tratamientos para el cáncer son:

- Radioterapia o quimioterapia
- Apoyo psicológico
- Cirugía
- Mastectomía. (59)

Cáncer de Próstata.-

Es el cáncer que empieza en la glándula prostática. La próstata es una pequeña estructura con forma de nuez que forma parte del aparato reproductor masculino. Este órgano rodea la uretra, el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo.

El cáncer de próstata es la causa más común de muerte por cáncer en hombres mayores de 75 años de edad. (60)

Signos y síntomas.-

El cáncer de próstata en etapa inicial no causa síntomas. Los más avanzados a veces causan síntomas, como:

- Problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario lento o debilitado o necesidad de orinar con más frecuencia, especialmente de noche
- Sangre en la orina o el semen

- Dificultad para lograr una erección (disfunción eréctil)
- Dolor en las caderas, la espalda (columna vertebral), el tórax (costillas) u otras áreas debido a que el cáncer que se ha propagado a los huesos
- Debilidad o adormecimiento de las piernas o los pies, o incluso pérdida del control de la vejiga o los intestinos debido a que el cáncer comprime la médula espinal. (61)

Tratamiento:

La resonancia magnética multiparamétrica (RMm) se ha posicionado como el método más eficaz en la selección de pacientes para biopsia y también para estadificar el tumor a nivel local. El paradigma de biopsia aleatoria eco dirigida está cambiando, y a través de la fusión de imágenes entre RMm y ecografía se está convirtiendo en una biopsia guiada a zonas sospechosas. La prostatectomía radical (PR) y la radioterapia (RT) son los tratamientos curativos del CP localizado y en ambas se han experimentado mejorías tecnológicas notables. (62)

2.5.8 Anemia

Se considera que la prevalencia de anemia es del 11% en los hombres y el 10,2% en las mujeres mayores. Aunque en general, se considera que en personas de 65 años y Adultos Mayores es de 10,6%. En este sentido, un estudio realizado en la ciudad de Machala con 388 Adultos Mayores, encontró una prevalencia de anemia de 8%-10% y de las personas que presentaban anemia, el 60% eran mujeres, siendo una enfermedad que se asocia con afecciones gastrointestinales en un 12%, neoplasias en un 4% (cáncer de colon, mama, próstata). (63)

Etapas de la anemia ferropénica.-

Etapa I: se produce una reducción progresiva en los depósitos de hierro, la cantidad de hierro disponible, es aún suficiente para mantener una



eritropoyesis y síntesis de hemoglobina correctas, y no se producen todavía manifestaciones clínicas. Los niveles de ferritina son menores y el resto de los valores normales (19,23)

Etapa II: Eritropoyesis deficiente. Si la deficiencia de hierro se mantiene, descende la concentración de este metal en sangre y su proteína transportadora, la transferrina, deja de estar saturada. Se da un aumento en la concentración de protoporfirina eritrocitaria libre, comienza el deterioro del aporte de hierro a la médula ósea y disminuye la eritropoyesis, sin embargo, la síntesis de hemoglobina se mantiene dentro de la normalidad. (19,23).

Etapa III: Cuando la ferropenia está muy desarrollada y no dispone de hierro suficiente para mantener la producción normal de hemoglobina y los valores de ésta disminuyen al igual que el hematocrito. La médula ósea trata de compensar la falta de hierro acelerando la división celular y produciendo glóbulos rojos muy pequeños (microcíticos), típicos de la anemia por déficit de hierro. (64)

Signos y síntomas.-

- Sentirse débil o cansado más a menudo que de costumbre, o con el ejercicio
- Dolores de cabeza
- Problemas para concentrarse o pensar

Si la anemia empeora, los síntomas pueden incluir:

- Color azul en la esclerótica de los ojos
- Uñas quebradizas
- Deseo de comer hielo u otras cosas no comestibles (síndrome de pica)
- Mareo al ponerse de pie
- Color de piel pálido

- Dificultad para respirar tras actividad leve o incluso en reposo
- Lengua adolorida

Pruebas y exámenes

El médico realizará un examen físico y puede encontrar:

- Soplo cardíaco
- Hipotensión arterial, especialmente al pararse
- Piel pálida
- Frecuencia cardíaca rápida

Los exámenes de sangre utilizados para diagnosticar algunos tipos comunes de anemia pueden abarcar:

- Niveles sanguíneos de hierro, vitamina B12, ácido fólico y otras vitaminas y minerales
- Conteo de glóbulos rojos y nivel de hemoglobina (65)

Tratamiento.-

Depende de la causa que la provoca. El objetivo será incrementar el nivel de oxígeno que la sangre es capaz de transportar, ya sea mediante el aumento de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina. Por supuesto, habrá que tratar también la causa o enfermedad que pueda haber provocado la anemia.

Reposición de hierro por vía oral en casos de anemia ferropénica; o de vitamina B12 y ácido fólico en casos de anemia megaloblástica.

Cuando se deba a pérdidas importantes de sangre se realizará una transfusión sanguínea. (66)



Prevención.-

La anemia ferropenia y las anemias por deficiencia de vitaminas pueden evitarse mediante una dieta que incluya una variedad de vitaminas y nutrientes, entre ellos:

- **Hierro.** carne de res y otras carnes, frijoles, lentejas, cereales fortificados con hierro, vegetales de hojas verdes oscuras y frutas secas.
- **Folato.** frutas, jugos de frutas, vegetales de hojas verdes oscuras, guisantes verdes, frijoles, maníes y productos integrales, como pan, cereal, pasta y arroz.
- **Vitamina B-12.** carne, productos lácteos y productos de soja y cereales fortificados.
- **Vitamina C.** frutas y jugos cítricos, pimientos, brócolis, tomates, melones y frutillas. Estos alimentos ayudan a aumentar la absorción de hierro (67)

2.5.9 Encuesta de Tirado, Tola y Brito.

Formulario elaborado por Tirado, Tola y Brito: Frecuencia de Enfermedades Crónicas no transmisibles en Adultos Mayores de los centros geriátricos de Cuenca 2013 **(1)**; misma que sirvió de base para la formulación de la encuesta de la investigación: Perfil de Salud-Enfermedad de los adultos mayores con Enfermedades Crónico Degenerativas del Hogar Miguel León, que consta de 11 preguntas objetivas.

La encuesta sirvió para recopilar datos por medio de un formulario de preguntas objetivas, normalizadas dirigidas al total de la población de estudio, con la finalidad de reconocer variables demográficas, económicas y sociales; así como identificar la incidencia de las enfermedades crónicas, control médico y uso de medicación.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Determinar el Perfil de Salud-Enfermedad de los Adultos Mayores con Enfermedades Crónico Degenerativas del Hogar Miguel León. Cuenca, 2017.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población socio-demográficamente según: edad, sexo, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, ocupación e ingresos económicos.
- Identificar el nivel de incidencia de las Enfermedades Crónico Degenerativas en los Adultos Mayores del Hogar Miguel León. Cuenca, 2017.
- Establecer la frecuencia del control médico y el uso de fármacos en los Adultos Mayores del Hogar Miguel León. Cuenca, 2017.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

La investigación fue cuantitativa, de tipo descriptivo y de corte transversal, que permitió describir las Enfermedades Crónico Degenerativas que poseen los Adultos Mayores del Hogar Miguel León.

4.2 Área de estudio

El presente estudio se realizó en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, en el Hogar Miguel León, ubicado en la calle Bolívar 14-58 y Estévez de Toral.

Reseña Histórica del Hogar Miguel León: El 8 de diciembre de 1870, se dio comienzo a esta obra con alojamiento a 12 niñas, posteriormente y bajo petición de la Asistencia Pública, en 1952, se trasladó a 40 ancianas que se alojaban en la casa El Buen Retiro. La Señora Ana Merchán fue la primera directora. Actualmente se encuentra dividida en dos secciones, de las cuales, una alberga a niñas, entre los seis y dieciocho años de edad y la otra atiende a personas de la tercera edad de escasos recursos económicos.

En la Institución trabajan religiosas, profesionales, estudiantes y personas voluntarias.

4.3 Universo y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por 70 Adultos Mayores, (hombres y mujeres) del Hogar Miguel León, constituyendo un universo finito, imposibilitando la toma de una muestra.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Adulto Mayor con una edad igualo superior a los 65 años de edad
- Adulto Mayor que firme de forma voluntaria el Consentimiento informado (Anexo 1)



Exclusión:

- Adulto Mayor que no desee participar en la investigación.

4.5 Variables

Variables dependientes: enfermedad crónica degenerativa, atención médica, uso de medicamentos. (Anexo 4)

Variables independientes: Edad, sexo, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, ingreso económico (Anexo 4)

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

4.6.1 Métodos

El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, se realizó con el objetivo de Determinar el Perfil de Salud–Enfermedad de los Adultos Mayores con Enfermedades Crónico Degenerativas del Hogar Miguel León. Cuenca, 2017.

4.6.2 Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron: la observación y la encuesta (Anexo 2)

4.6.3 Instrumentos

- Se aplicó una encuesta, basada en el estudio de Tirado, Tola y Brito (2015): Frecuencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Adultos Mayores de los Centros Geriátricos de Cuenca, 2013 (1). El formulario contiene 11 preguntas asociadas a las variables de la investigación, con el objetivo de determinar el perfil de salud-enfermedad de los Adultos Mayores con Enfermedades Crónico Degenerativas del Hogar Miguel León.

4.7 Procedimientos

Previa autorización de las autoridades correspondientes, se procedió a la recolección de datos mediante una encuesta, posteriormente se realizó la revisión bibliográfica acorde con el tema de investigación y se procedió a la redacción del informe de investigación.

- **Autorización:** Para realizar este estudio se solicitó el permiso correspondiente a los directivos del Hogar Miguel León.
- **Capacitación:** La revisión bibliográfica se realizó basada en las indicaciones de la directora y asesora de la investigación.
- **Supervisión:** La investigación estuvo bajo la supervisión de la Lcda. Zara Bermeo, directora de tesis.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Posteriormente a la recolección de datos se utilizaron paquetes utilitarios y se organizó una base de datos en el programa estadístico SPSS 24, con el fin de realizar un análisis descriptivo en función de los objetivos del estudio; Microsoft Excel 2010 que permitió elaborar tablas simples y de doble entrada que representan frecuencia y porcentaje; Microsoft Word 2016 programa que permitió describir la información recolectada.

4.9 Aspectos éticos

En el proceso de investigación se aplicaron principios éticos como la fidelidad, sinceridad, veracidad, justicia, respeto, beneficencia y no maleficencia, empatía; por lo tanto, los nombres no han sido publicados y se guardó estricta confidencialidad de la información recolectada. Se aplicó un consentimiento informado con el nombre, firma o huella digital y número de cédula del/la participante (Anexo 1).

CAPITULO V

5. RESULTADOS

Tabla N°1. Caracterización sociodemográfica de 70 adultos mayores del Hogar Miguel León, según sexo y estado civil, Cuenca, 2017.

TOTAL	Sexo	N:	%
	Masculino	21	30,0
	Femenino	49	70,0
		70	100
Estado civil			
TOTAL	Soltero	1	1,4
	Divorciado	2	2,9
	Viudo	66	94,3
	Unión libre	1	1,4
		70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Verónica Mora, Elva Guamán.

En la población adulta mayor de estudio predomina el sexo femenino con un 70% en relación con el 30% que corresponde al sexo masculino, respecto al estado civil el 94,3% de los casos son viudos y el 1,4%, viven en unión libre.

Tabla N°2. Caracterización sociodemográfica de 70 adultos mayores del Hogar Miguel León, según procedencia y nivel de instrucción, Cuenca, 2017.

TOTAL	Procedencia	N:	%
	Rural	55	78,6
	Urbana	15	21,4
		70	100
Nivel de instrucción			
TOTAL	Ninguno	5	7,1
	Primaria	53	75,7

TOTAL	Secundaria	10	14,2
	Superior	2	2,8
		70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Verónica Mora, Elva Guamán.

La mayoría de la población adulta mayor procede del área rural constituyendo el 78,6% y en menor porcentaje proceden del área urbana 21,4%; de ellos el (75,7%) cursó sus estudios de primaria siendo el nivel de instrucción predominante y 2,8% cursó el nivel superior constituyendo la minoría.

Tabla N°3. Caracterización sociodemográfica de 70 adultos mayores del Hogar Miguel León, según ocupación anterior. Cuenca, 2017.

Ocupación anterior	N:	%
Quehaceres domésticos	24	34,3
Empleado	9	12,9
Comerciante	9	12,9
Agricultor	12	17,1
Obrero	6	8,6
Artesano	3	4,3
Otros	7	10,0
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Verónica Mora, Elva Guamán.

La mayor parte de adultos mayores laboraron previo a su estadía en el Hogar Miguel León en quehaceres domésticos (34,3%) y en la agricultura (17,1%); mientras que la menor parte de adultos mayores laboraron como artesanos (4,3)

Tabla N°4. Distribución de 70 adultos mayores del Hogar Miguel León, según ingresos económicos, Cuenca, 2017.

Ingresos económicos		N:	%
	Pensión Jubilar	1	1,4
	Bono solidario	7	10,0
	Otros	13	18,6
	Ninguno	49	70,0
TOTAL		70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Verónica Mora. Elva Guamán.

La mayoría de adultos mayores recibe ingresos económicos estándares.

Tabla N°5. Distribución de 70 adultos mayores del Hogar Miguel León, según enfermedad crónico degenerativa y tiempo de enfermedad. Cuenca, 2017.

Enfermedad crónico degenerativa		N:	%
	Cardiopatías	1	1,4
	Hipertensión arterial	26	37,1
	Diabetes mellitus II	21	30,0
	Osteoporosis	16	22,9
	Alzheimer	4	5,7
	Cáncer	2	2,9
	TOTAL		70
Tiempo de enfermedad			
	6 meses a 1 año	1	1,4
	1-2 años	7	10,0
	2-3 años	14	20,0
	3-5 años	48	68,6
TOTAL		70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Verónica Mora, Elva Guamán.

Se pudo constatar que todos los pacientes de tercera edad padecían de algún tipo de enfermedad crónica, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (37,1%), la diabetes mellitus tipo II (30%) y la osteoporosis (22,9%) y el tiempo de enfermedad es de 3 a 5 años que corresponde al 68,6%, mientras que el 1,4% de los casos tiene su enfermedad de 6 meses a 1 año.

Tabla N°6. Distribución de 70 adultos mayores del Hogar Miguel León, según tiempo de control de tratamiento y uso de fármacos. Cuenca, 2017.

Tiempo de control de tratamiento		N:	%
	5	2	2,9
	8	6	8,6
	15	36	51,4
	30	26	37,1
TOTAL		70	100
Uso de Fármacos			
	Siempre	65	92,8
	A veces	5	7,2
TOTAL		70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Verónica Mora, Elva Guamán.

Todos los pacientes, reciben tratamiento y control médico para su enfermedad respectiva, siendo la modalidad quincenal (51,4%) y mensual (37,1%) con la que se realizan sus controles, y la mayoría toma medicación siempre constituyendo el 92,8%, y en su minoría toma medicación a veces 7,2%

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

El Ministerio de Salud Pública considera a los adultos mayores un grupo privilegiado y al mismo tiempo un grupo de personas vulnerables a muchos riesgos sociales, económicos, de salud entre otros por lo que trata de remediar este hecho con múltiples programas que se han instalado a lo largo de este tiempo.

Según el nivel de instrucción primaria de los Adultos mayores se encuentran el 75.7% con estudios de nivel primario, lo que está en relación con Cuba, en el año 2014 con los adultos mayores estudiados en la investigación “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces” donde encontró un nivel de primaria 85,7%, lo que se asocia a las pocas posibilidades de estudio que existían antes, pues la educación no era gratuita, además de que desde edades muy tempranas, las personas se veían obligadas a laborar para apoyar económicamente a la familia. (68)

Las principales morbilidades que enfrentan las personas mayores son las crónicas no transmisibles como efecto de los hábitos y costumbres que se conservan desde la niñez. El impacto de estas enfermedades en la población de edad avanzada son dos o tres veces mayores en países de ingresos bajos y medianos, que en los de ingresos altos. Con frecuencia las personas de edad avanzada padecen varios problemas de salud al mismo tiempo. La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) identificó que en los países de América Latina, los adultos mayores padecen alteraciones como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y artritis en prevalencias más altas que en Estados Unidos (69). Esto se relaciona con un trabajo investigativo realizado en Lima donde según estadísticas en USA el 67% de los mayores de 60 años tienen alguna de estas enfermedades y en Perú según los estudios sobre los Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares denominado TORNASOL la prevalencia es de 46,3% en la década entre 60 y 69 años; 53,2% en la década entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de



80 años pero se contradice en el presente estudio ya que se evidencia una prevalencia de enfermedad crónica degenerativa como la hipertensión arterial del 37,1%. Porcentaje menor que en los países industrializados. (70)

Se toma en cuenta el predominio del sexo femenino en edades avanzadas donde según diferentes estudios de la población adulta mayor, las mujeres, son el grupo que prevalece siendo este un factor que determina su condición social desfavorable cuando llegan a ésta etapa de la vida; situación que coincide con nuestra investigación encontrando un 90% de mujeres, esta situación se agrava si se tiene en cuenta que desde el punto de vista fisiológico, los individuos con la edad acumulan situaciones que los van haciendo gradualmente dependientes por la disminución de la fuerza física, deficiencia de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente.

Se pudo observar otro factor importante donde el 94,3 % de los adultos mayores se encuentran en viudez, relacionándose también con el sexo que en su mayoría son mujeres. Estos datos se asemejan con un estudio realizado en México 2014 quienes analizaron la situación conyugal de la población de 60 años o más mostrando que del total de los adultos mayores, el 73.1% de mujeres son viudas. Tal como menciona Ham en el año 2003 “es conocido que la mayor supervivencia femenina da lugar a más viudas, a lo que debe agregarse el hecho de que los hombres generalmente hacen pareja con mujeres de menor edad.” Por lo tanto, se observa que conforme aumenta la edad, estas diferencias tienen un mayor impacto en las mujeres envejecidas y por ende los porcentajes de viudez se incrementan. (71)

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



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

La constitución del Ecuador menciona en el artículo 37: El Estado garantizará a las personas adultas mayores, la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas, (10) velando por que tenga una vida digna partiendo de una atención de salud con calidad, de la misma manera que el gobierno mexicano junto a diversos sistemas de salud han implementado programas de incentivos para pacientes con el fin de aumentar su adherencia terapéutica. Los incentivos usados son consultas o exámenes de laboratorio gratuitos, utilización temporal de glucómetros y materiales consumibles sin costo, inscripciones a gimnasios o pago por meta de tratamiento alcanzada (ejemplo, por kilo perdido). (72)

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- Los adultos mayores tienen una edad media de 76 años, siendo el sexo femenino el más frecuente con el 70%, se pudo observar que el estado civil viudo, representó el 94,3% de los casos; el 78,6% de los adultos mayores proceden del área rural, y que la mayoría cursó sus estudios de primaria siendo el nivel de instrucción predominante (75,7%).
- La mayor parte de adultos mayores laboraron previo a su estadía en el Hogar Miguel León en quehaceres domésticos (34,3%) y en la agricultura (17,1%); cabe mencionar además que la mayoría no recibe ingresos estándares.
- Se constató que todos los adultos mayores padecían de algún tipo de enfermedad crónica: Hipertensión Arterial 37,1%; Diabetes Mellitus tipo II 30%; Osteoporosis 22,9%; Alzheimer 5,7%; Cáncer 2,9%; Cardiopatías 1,4%; siendo la de mayor prevalencia la hipertensión arterial seguida de la diabetes mellitus.
- Gran parte de los adultos mayores lleva con su enfermedad de 3 a 5 años con el 68,6% de los casos.
- Se encontró una alta frecuencia medica al mes con un total de 51,4% de adultos mayores que asisten a consulta médica 2 veces al mes.
- De la muestra estudiada se tiene que los adultos mayores consumen medicación para control de su enfermedad, siendo la modalidad quincenal (51,4%) y mensual (37,1%) con la que se realizan sus controles.



7.2 RECOMENDACIONES

- Un trabajo conjunto del personal médico, familiar y comunitario en la detección temprana de las enfermedades crónicas, ayudaría en la prevención de posibles complicaciones o la aparición de enfermedades asociadas.
- Involucrar nuevos temas acerca de enfermedades crónicas, tratamientos y complicaciones, en los programas del Ministerio de Salud Pública para mejorar la calidad de vida del adulto mayor
- Capacitar a los adultos mayores, personal médico, líderes comunitarios, personal sanitario y de farmacias así como familias en las comunidades sobre las múltiples enfermedades crónicas de los adultos mayores: concepto, signos, síntomas, tratamiento; promoción y prevención de patologías asociadas a su enfermedad.
- Tratar correctamente las enfermedades crónicas basados en protocolos realizados por el Ministerio de Salud Pública, de tal manera que podamos evitar complicaciones y la aparición de nuevas enfermedades.

CAPITULO VIII

Bibliografía

1. Tirado E, Tola T, Brito R. Frecuencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Adultos Mayores de los Centros Geriátricos de Cuenca, 2013. *Universidad de Cuenca*. [En línea] 2015. [Citado el: 5 de enero de 2017.] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21246/1/TESIS.pdf>.
2. Salud, Organización Mundial de la. Envejecimiento y Salud. [En línea] Septiembre de 2015. [Citado el: 28 de Noviembre de 2017.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>. 404.
3. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento saludable y enfermedades no transmisibles. [En línea] 12 de abril de 2012. [Citado el: 9 de enero de 2017.] www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17325&Itemid=.
4. Organización Panamericana de la Salud-PAHO. Envejecimiento poblacional y la salud en las Américas. [En línea] marzo de 2012. [Citado el: 6 de enero de 2017.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5434%3A2011-envejecimiento-poblacional-salud-americas&catid=2390%3Aregional-health-observatory-themes&Itemid=2391&lang=es.
5. Organización Panamericana de la Salud. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. [En línea] julio de 2012. [Citado el: 6 de enero de 2017.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796&Itemid=2391&lang=es.
6. Salud, Organización Mundial de la. Concepto de Salud según la OMS. [En línea] 2015. [Citado el: 28 de Noviembre de 2017.] <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>.
7. Dra. Luco Canales Lorna, Dra. Santander Ri Sylvia, et al. Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor - MINSAL. [En línea] 2015. [Citado el: 28 de Noviembre de 2017.] <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-adultomayor.pdf>.
8. Pérez Villegas Sandra Lizeth, Pratz Andrade Ma. Teresa. Nivel de conocimientos sobre Enfermedades Crónico-Degenerativas en una comunidad rural de Guanajuato. [En línea] 2016. [Citado el: 28 de Noviembre de 2017.] <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1026/663>.

9. Organización Mundial de la Salud. La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. *OMS*. [En línea] mayo de 2016. [Citado el: 12 de enero de 2017.] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>.
10. Universo, El. [En línea] 6 de Octubre de 2013. [Citado el: 28 de Noviembre de 2017.] http://www.derechoambiental.org/Derecho/Legislacion/Constitucion_Asamblea_Ecuador_1.html.
11. Salud, Organización Mundial de la. *OMS*: Población de adultos mayores en el mundo aumentará a 22%. [En línea] 30 de Septiembre de 2015. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <https://www.telesurtv.net/news/OMS-Poblacion-de-adultos-mayores-en-el-mundo-aumentara-a-22-20150930-0060.html>.
12. News, Televisa. Adultos mayores de 60 años representan 9% de la población mexicana. [En línea] 28 de Agosto de 2017. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/nacional/2017-08-28/adultos-mayores-60-anos-representan-9-poblacion-mexicana-2/>.
13. Radio, Caracol. En Colombia el 11% de la población es mayor de 60 años. [En línea] 24 de Agosto de 2017. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] http://caracol.com.co/emisora/2017/08/24/bogota/1503600510_579470.html.
14. Asamblea Nacional-República del Ecuador. En Ecuador más de 100 mil personas sufren de Alzheimer y otras demencias. *Asamblea Nacional*. [En línea] 24 de septiembre de 2014. [Citado el: 7 de enero de 2017.] <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/en-ecuador-mas-de-100-mil-personas-sufren-de-alzheimer-y>.
15. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento*. [En línea] Junio de 2014. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [En línea] 2015. [Citado el: 9 de enero de 2017.] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?ua=1.
17. Pemberthy López Carolina, Jaramillo Gomez Nicolás, et al. Revista Colombiana de Cardiología. [En línea] Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular., 2016. [Citado el: 15 de 08 de 2017.]



<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316000048#bbib0260>

18. Ángela, Hernández Córdova. Envejecimiento y Longevidad: Fatalidad y devenir. *Cuadernos del CIDS. envejecimiento y longevidad: fatalidad y devenir*. [En línea] 25 de Julio de 2016. [Citado el: 14 de Agosto de 2017.] https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Gpa6DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA15&dq=teorias+envejecimiento&ots=Ur8s11ryaW&sig=GgM1EsiNpcE_D4IlkJUbdov9pJl#v=onepage&q&f=false.

19. Gabriela, Licon. Cambios en el envejecimiento. [En línea] 26 de Marzo de 2013. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://adulto-mayorcito.blogspot.com/2013/03/cambios-en-el-envejecimiento.html>.

20. Sergei, Muni. Cambios psicológicos en la vejez. [En línea] 1 de Marzo de 2016. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://www.pnlnet.com/los-cambios-psicologicos-la-vejez/>.

21. Toalongo Reyes Elizabeth Narcisa, Zaruma Aguaiza Julia Isabel, et al. Factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles en los adultos mayores en la comunidad de Quilloac, Canar 2014. [En línea] 2014. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21072/1/TESIS.pdf>.

22. Edison, Requené Chila Andres. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS JÓVENES SOBRE EL ADULTO MAYOR EN CUANTO AL ROL SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL EN LA CIUDAD DE ESMERALDAS. [En línea] 2017. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1325/1/REQUEN%C3%89%20CHILA%20%20ANDR%C3%89S%20EDISON.pdf>.

23. Paula, Villanueva Ana. Las personas mayores y su entorno social, económico y cultural. [En línea] 22 de Diciembre de 2011. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <https://nancyclides.wordpress.com/2011/12/22/las-personas-mayores-y-su-entorno-social-economico-y-cultural/>.

24. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud. PAHO. [En línea] 19 de Junio de 2013. [Citado el: 08 de Enero de 2017.] http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135.

25. Hortencia., Dra. Martínez Figueroa Jaquelina. Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. [En línea] 25 de Febrero de 2015. [Citado el: 4 de Agosto de 2017.] <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema27.pdf>.



26. Rodríguez Guzmán Elizabeth, Díaz Cisneros Francisco José, Rodríguez Guzmán Lucía. Aproximación al perfil de salud en estudiantes de un diplomado en ciencias del deporte y actividad física. [En línea] noviembre de 2015. [Citado el: 4 de 08 de 2017.] <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/viewFile/896/695>.
27. Salud, Organización Panamericana de la. Salud de las Americas. [En línea] 11 de Abril de 2013. [Citado el: 10 de enero de 2017.] http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=40%3Aecuador&option=com_content.
28. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de Igualdad para adultos mayores 2012-2013. [En línea] 2012. [Citado el: 10 de enero de 2017.] <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/master-agendas-ADULTOS.pdf>.
29. Ministerio de Inclusión Económica y Social . Ciudadanía activa y envejecimiento positivo. [En línea] junio de 2013. [Citado el: 12 de Enero de 2017.] <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%ABlica.pdf>.
30. Manrique B, Salinas A, Moreno K, Acosta Isaac, Sosa A, Gutiérrez L. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México* 5 (2): 323-313. [En línea] 2013. [Citado el: 4 de enero de 2017.] http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/30salud.pdf.
31. Vírseda J, Bezanilla J. *Enfermedad y Familia vol 2*. México : Universidad Autónoma del Estado de México, 2014. 978-607-422-518-1.
32. Abizanda P, Rodríguez L. *Tratado de medicina geriátrica, fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Baelona : Elsevier, 2015. 978-84-9022-120-4.
33. Ruiz Cantero A, Barón F, Domingo C, Sánchez M, Salazar de la Guerra R, Gómez Y. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónico complejas y pluripatológicas. [En línea] octubre de 2013. [Citado el: 8 de enero de 2017.] <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/ProcesoAsistenciaPluripatologicas.pdf>. 978-84-695-1.
34. Alvarez J, Bello V, Pérez G, Antomarchi O, Bolívar M. Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo del miocardio en el adulto mayor. *MEDISAN, Santiago de Cuba* , v. 17, n. 1, p. 54-60. [En línea] Enero de 2013. [Citado el: 11 de Enero de 2017.]



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100008.

35. Porres J. Hipertensión arterial en los Adultos Mayores de 60 años del Cantón Zapotillo. *Universidad Nacional de Loja*. [En línea] 2016. [Citado el: 13 de Enero de 2017.] <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16442/1/TESIS%20HIPERTENSI%20C3%93N%20ARTERIAL%20EN%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%20DEL%20CANT%20ZAPOTILLO%20JEFFERSON%20PORRES.pdf>.

36. Plus, Medline. Hipertensión Arterial. [En línea] 6 de Noviembre de 2017. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>.

37. Salud, Organización Panamericana de la. Hipertensión Arterial. [En línea] [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia20.pdf>.

38. Toalongo Reyes Elizabeth Narcisa, Zaruma Aguaiza Julia Isabel, et al. Factores de riesgo asociado a las enfermedades Crónico Degenerativas no transmisibles en los adultos mayores de la comunidad de Quilloac. Canar 2014. [En línea] 2014. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21072/1/TESIS.pdf>.

39. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *ENSANUT-ECU 2012*. [En línea] 2014. [Citado el: 09 de Enero de 2017.] http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.

40. Asociación Mexicana de Cirugía General. *Tratado de cirugía general 3era. Edición*. México : Manual Moderno, 2015. 978-607-448-591-2.

41. Plus, Medline. Diabetes tipo 2. [En línea] 15 de 4 de 2017. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000313.htm>.

42. Gil Velázquez Luisa Esthela, Sail Acosta Maria Juana, et al. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. [En línea] 2013. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131o.pdf>.

43. Salud, Organización Mundial de la. Diabetes. [En línea] 2017. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html.



44. Delgado J, García A, Vázquez M, Campbell M. Osteoporosis, caídas y fractura de cadera. Tres eventos de repercusión en el anciano. *Revista Cubana de Reumatología* 15 (1). [En línea] 2013. [Citado el: 12 de Enero de 2017.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubreu/cre-2013/cre131h.pdf>. ISSN: 1817-5996.
45. Godoy E. Cuidados de los familiares a pacientes Adultos Mayores con osteoporosis Padomi Hospital li Essalud – Huánuco 2015. *Universidad de Huánuco*. [En línea] 2015. [Citado el: 13 de Enero de 2017.] <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/133/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
46. Reumatología, Institut Ferran de. Unidad de osteoporosis y metabolismo mineral. [En línea] 2014. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://www.institutferran.org/osteoporosis.htm>.
47. Clinic, Mayo. Osteoporosis. [En línea] 6 de Julio de 2016. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/osteoporosis/symptoms-causes/syc-20351968>.
48. Plus, Medline. Generalidades sobre la Osteoporosis. [En línea] 18 de Octubre de 2015. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000360.htm>.
49. Salud, Organización Mundial de la. Alzheimer: La enfermedad del olvido. [En línea] Febrero de 2017. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2017/02/07/alzheimer_la_enfermedad_del_olvido.html.
50. Instituto Nacional de estadística y Censos-INEC. Salud mental en el Ecuador. *INEC*. [En línea] 10 de Noviembre de 2013. [Citado el: 09 de Enero de 2017.] <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/SaludMental.pdf>.
51. Luna E. Determinación de la prevalencia y factores de riesgo de Demencia Senil en Adultos Mayores del Centro del Día del Cantón Gonzanamá. *Universidad Nacional de Loja*. [En línea] 2016. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16902/1/DETERMINACION%20DE%20LA%20PREVALENCIA%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20DE%20DEMENCIA%20SENIL%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DEL%20CEN.pdf>.
52. Guzmán S, Cedillo F. *Fundamentos para el ejercicio de la medicina*. México : El Manual Moderno, 2012. Vol. Tercera Edición. 978-607-448-242-3.

53. Garcia C. Enfermedades endocrinas en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes* 24 (5):866-873. [En línea] 2013. [Citado el: 13 de Enero de 2017.] <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702347>.
54. Roldán B, Ramírez A, Leis A, Lazo A. Hipotiroidismo subclínico en poblaciones especiales: niños y adolescentes, embarazo y adultos mayores. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII (615): 493 - 497*. [En línea] 2015. [Citado el: 12 de Enero de 2017.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zw.pdf>.
55. Asociación mexicana de cirugía general. *Tratado de cirugía general*. México : El Manual Moderno, 2015. 978-607-448-591-2.
56. Granados M, Arrieta O, Cantú de León D. *Oncología y Cirugía. Bases y principios*. México : El Manual Moderno, 2013. 978-607-448-286-7.
57. Moreno Martín Mónica, Gutiérrez Iglesia Daimadelys, et al. Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. [En línea] 1 de Marzo de 2017. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/33/59>.
58. Martín Miguel, Herrero Ana, Echavarría Isabel. El cáncer de mama. [En línea] 2015. [Citado el: 30 de Noviembre de 2017.] <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewArticle/2037>.
59. Alonso Yolanda, Fontanil Yolanda, Ezama Esteban. Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama. [En línea] Enero de 2016. [Citado el: 1 de Diciembre de 2017.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000100004.
60. Plus, Medline. Cáncer de próstata. [En línea] 6 de Noviembre de 2017. [Citado el: 1 de Diciembre de 2017.] <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000380.htm>.
61. Society, American Cancer. Signos y síntomas del cáncer de próstata. [En línea] 2016. [Citado el: 1 de Diciembre de 2017.] <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>.
62. Morotea Joan, Maldonado Javier, et al. Cáncer de próstata. [En línea] 5 de Febrero de 2016. [Citado el: 30 de Noviembre de 2017.] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020616301486>.
63. Ajila J. Frecuencia de anemia en los pacientes Adultos Mayores de la Ciudad de Machala, 2014. *Universidad Técnica de Machala*. [En línea] 2015.



[Citado el: 112 de Enero de 2017.]
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/3332/2/CD000005-TRABAJO%20COMPLETO.pdf>.

64. Carpio Astudillo Karen Samantha, Flores Flores Nicholas Guillermo. Frecuencia de anemia ferropénica y factores de riesgo asociados en niños que acuden a consulta externa en la fundación Pablo Jaramillo Cuenca –Ecuador 2014. [En línea] Mayo de 2015. [Citado el: 30 de Noviembre de 2017.] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22504/1/TESIS.pdf>.

65. Plus, Medline. Anemia. [En línea] 2 de Enero de 2016. [Citado el: 30 de Noviembre de 2017.] <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>.

66. Esther, Martin. Anemia. [En línea] 19 de Octubre de 2017. [Citado el: 30 de Noviembre de 2017.] <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/anemia/tratamiento-de-la-anemia>.

67. Clinic, Mayo. Anemia. [En línea] 23 de Agosto de 2017. [Citado el: 30 de Noviembre de 2017.] <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360>.

68. Corugedo M, García D, Gonzáles I, Crespo L, et al. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. [En línea] Revista Cubana de medicina general integral 30,no 2, 2014. [Citado el: 17 de Julio de 2017.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2014/cmi142f.pdf>.

69. Guerrero N, Yépez M. . *Factors associated with the vulnerability of the elderly with health disorders*. [En línea] Universidad y Salud 17. no 1, 2015. [Citado el: 22 de Julio de 2017.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2014/cmi142f.pdf>.

70. Salazar P, Rotta A, Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. [En línea] Revista Médica Heredia 27, no1, 2016. [Citado el: 24 de julio de 2017.] http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2016000100010&script=sci_arttext.

71. Villegas K, Montoya B. Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el estado de México. [En línea] marzo de 2014. [Citado el: 11 de 08 de 2017.] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000100006.

72. México, Secretaria de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención . [En línea] Septiembre de 2013. [Citado el: 1 de Diciembre de 2017.]



http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf.

73. Belesaca M y Buele A. Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del Centro Gerontológico "Cristo Rey", Cuenca - 2016. *Universidad Estatal de Cuenca*. [En línea] Septiembre de 2015. [Citado el: 4 de enero de 2017.]

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>.

74. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León E, Marín C, Alfonso J. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Red CDPD*. [En línea] 21 de Agosto de 2014. [Citado el: 12 de Enero de 2017.] <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/371>.

75. Takako N. Nivel de independencia y autopercepción de salud en pacientes institucionalizados del Hospital Monoclínico de Geriátría Miguel Lanús, en la atención del adulto mayor en Posadas, Misiones, Argentina. *Instituto Universitario de Ciencias de la Salud*. [En línea] 20 de diciembre de 2013. [Citado el: 4 de abril de 2016.] <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASHfd16.dir/TFI%20-%20NATALIA%20NAKABAYASHI%20-%20BARCELO%20SANTO%20TOME%20-%20%20FINAL.pdf>.

76. Cabezas G. Eficacia del psicoballet aplicado como terapia grupal en la mejoría de la autonomía personal de los adultos mayores. *Universidad Central del Ecuador*. [En línea] 2013. [Citado el: 13 de Diciembre de 2015.] <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1152/1/T-UCE-0007-12.pdf>.

77. Villarreal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla* 28 (1):75-87. [En línea] 2012. [Citado el: 12 de Enero de 2017.] <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>.

78. Cardona J, Álvarez M, Pastrana S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Universidad del Rosario. Editorial* 12 (2):139-155. [En línea] 2012. [Citado el: 11 de Enero de 2017.] <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>.

79. Salud, Organización Panamericana de la. Salud en las Américas. [En línea] 11 de abril de 2013. [Citado el: 10 de enero de 2016.] http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=40%3Aecuador&option=com_content.



80. Definiciones. Definición de Adulto Mayor. [En línea] 1 de enero de 2015. [Citado el: 29 de Noviembre de 2017.] <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>.

81. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. [En línea] 11 de abril de 2013. [Citado el: 10 de enero de 2016.]

CAPITULO IX

ANEXOS

Anexo No. 1.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL LEÓN. CUENCA 2017”

Nosotras Elva Ximena Guamán Zumba portadora de la C.I. 0105019947 y Verónica Paola Mora Cantos portadora de la C.I. 0302083472, estudiantes de la carrera de Enfermería, autoras de la presente investigación, muy comedidamente solicitamos su consentimiento para participar de la encuesta de nuestra investigación.

INTRODUCCIÓN

Es un tema primordial: El envejecimiento que trae consigo Enfermedades Crónico Degenerativas y que afectan a las personas no solo de manera individual sino también a nivel familiar y social. El ser humano atraviesa esta etapa progresiva e inevitable, por tanto, resulta importante abordar este tema. Se caracterizará el estado actual de situación de los Adultos Mayores que ayudará al personal de salud y sanitario a implementar medidas preventivas y terapéuticas para cada geronto teniendo por objeto mejorar la calidad de vida.

PROPÓSITO:

Lograr la caracterización sociodemográfica de la población según edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación e ingresos económicos, así como la identificación del nivel de incidencia de las Enfermedades Crónico Degenerativas y la frecuencia del control médico y el uso de fármacos en los Adultos Mayores del Hogar Miguel León.



PROCEDIMIENTO:

La recolección de datos se realizará mediante una encuesta a cada uno de los Adultos Mayores, previa firma del consentimiento informado, misma que contiene los siguientes parámetros: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación e ingresos económicos y que tendrá una duración de 15 minutos.

RIESGOS:

La presente investigación no conlleva ningún riesgo o daño de la integridad biológica y psicológica de cada adulto mayor, ya que la encuesta es de suprema confidencialidad.

BENEFICIOS:

Los beneficios que vamos a obtener serán de gran ayuda tanto para las investigadoras como para la institución, las/los participantes, la familia y para la sociedad.

CONFIDENCIALIDAD:

Al momento de firmar este consentimiento nos estamos comprometiendo a salvaguardar su imagen, ser prudentes y confiables en todo el proceso, así usted no se verá afectada/o en su aspecto físico, biológico, psicológico y social.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Ante cualquier duda, favor contactarse a los números telefónicos: 0986118318 con Elva Ximena Guamán Zumba y 0995386546 con Verónica Paola Mora Cantos, responsables de la investigación.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____, doy mi consentimiento para la realización de la investigación, ya que he entendido y comprendido la información descrita, estoy al tanto de que no obtendré ninguna remuneración y los resultados obtenidos del estudio solo serán utilizados con fines científicos.

Firma dela/el participante

paulacantoss@yahoo.com / 0995386546



Firma de la investigadora

Firma de la investigadora

correo y teléfono

ximeg34@hotmail.com /0986118318

correo y teléfono

Fecha_____.



Anexo No. 2.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



ENCUESTA

“PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL
LEÓN. CUENCA 2017”

FORMULARIO DE ENCUESTA

Formulario # _____

Fecha: _____

Datos Generales del adulto mayor.

1. **Edad:** _____ años

2. **Sexo:** Masculino _____ Femenino _____

3. **Estado Civil:**

- 1. Casado _____
- 2. Soltero _____
- 3. Divorciado _____
- 4. Viudo _____
- 5. Unión Libre _____

4. **Procedencia:** 1. Rural 2. Urbana

5. **Nivel de Instrucción:**

- Ninguno _____
- Primaria completa _____
- Primaria incompleta _____
- Secundaria completa _____
- Secundaria incompleta _____
- Superior completa _____
- Superior incompleta _____

6. **Ocupación anterior**

- Profesional _____
- Quehaceres domésticos _____
- Empleado/a _____
- Comerciante _____
- Agricultor/a _____
- Obrero/a _____
- Jornalero/a _____
- Artesano/a _____
- Otros _____

7. **Percepción de ingresos económicos**

- Pensión Jubilar _____
- Bono Solidario _____
- Otros _____
- Ninguno _____

8. **Padecimiento de alguna enfermedad crónica degenerativa, Cuál.**

- Si
- No



Cardiopatías _____
Hipertensión Arterial _____
Diabetes Mellitus tipo II _____
Osteoporosis _____
Alzheimer _____
Enfermedades Endócrinas _____ cuál _____
Cáncer _____ cuál _____
Otra enfermedad crónica degenerativa, especifique _____

9. Desde hace que tiempo padece la enfermedad

0 – 3 meses _____
4 – 6 meses _____
6 meses a 1 año _____
1 – 2 años _____
2 – 3 años _____
3 – 5 años _____

10. Usted recibe control médico.

Si _____
No _____

Cada qué tiempo: _____

11. Recibe medicación

Siempre
A veces
Nunca

Investigadoras:

.....
Ximena Guamán
C.I. 0105019947

.....
Verónica Mora
C.I. 0302083472

Anexo No. 3.

OFICIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN

Cuenca, febrero del 2017

Sor Mariana Espinoza

Directora de la comunidad Hogar Miguel León las hermanas de los Ancianos
Desamparados

De mi consideración:

Por medio de la presente, nosotros Ximena Guamán C.I. 0105019947 y Verónica Mora C.I. 0302083472, estudiantes de la Facultad de Medicina-Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Cuenca, le hacemos llegar un cordial y atento saludo, por su intermedio solicitamos a Usted de la manera más amable se nos permita realizar el trabajo de graduación: “PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS DEL HOGAR MIGUEL LEÓN. CUENCA 2017”, en la Institución a la cual usted representa.

Por la atención que se sirva dar a la presente, le reiteramos los más sinceros agradecimientos.



Sor Mariana Espinoza

Directora del Hogar Miguel León



Anexo No. 4.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Tiempo	Años cumplidos	65-69 años 70-74 años 75-79 años ≥ 80
Sexo	Característica fenotípica que diferencia a machos de hembras de la especie humana.	Fenotipo	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Estado Civil	Condición legal de una persona en el orden social.	Estado legal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.	Área geográfica	Urbana Rural	Urbana Rural
Nivel de Instrucción	Nivel de estudios aprobado o cursado por un individuo.	Nivel académico	Años cursados	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria completa • Secundaria incompleta • Superior completa • Superior incompleta
Ocupación	Actividad a la que se dedicaba de forma cotidiana.	Actividad diaria	<ul style="list-style-type: none"> • QQ.DD • Profesional • Empleado/a • Comerciante • Agricultor/a • Obrero/a • Jornalero/a • Artesano/a • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • QQ.DD • Profesional • Empleado/a • Comerciante • Agricultor/a • Obrero/a • Jornalero/a • Artesano/a • Otros
Ingresos Económicos	Ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de un individuo que generan un círculo de consumo/ganancia.	Economía	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> • Pensión Jubilar • Bono Solidario • Otros • Ninguno
Ef. Crónica Degenerativa	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Condición biológica	Cardiopatías	Si ____ No ____ Cuál? ____ Hace cuánto

				tiempo? ____
			Hipertensión Arterial	Si ____ No ____ Hace cuánto tiempo? ____
			Diabetes Mellitus tipo II	Si ____ No ____ Hace cuánto tiempo? ____
			Osteoporosis	Si ____ No ____ Hace cuánto tiempo? ____
			Alzheimer	Si ____ No ____ Hace cuánto tiempo? ____
			Enfermedades Endócrinas	Si ____ No ____ Cuál? ____ Hace cuánto tiempo? ____
			Cáncer	Si ____ No ____ Cuál? ____ Hace cuánto tiempo? ____
Atención Médica	Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.	Control médico	Examinar estado de Salud	Si ____ No ____ Cada qué tiempo? ____
Uso de Medicación	Tratamiento de las enfermedades con los fármacos por el equipo de salud.	Medicina	Ingesta de Medicación	Siempre A veces Nunca