



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

**MODOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL  
SUBCENTRO DE SALUD TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2014-2015**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORAS: LILIANA ELIZABETH PILLAJO CRIOLLO  
NORA PATRICIA PULLA ORTEGA**

**DIRECTORA: MGT. CARMEN LUCIA CABRERA CÁRDENAS**

**ASESORA: MGT. CARMEN LUCIA CABRERA CÁRDENAS**

**CUENCA – ECUADOR  
2015**



## RESUMEN

**ANTECEDENTES.-** En el Ecuador el 9.3% de la población son adultos mayores. La tendencia demográfica, las características de extensión de la esperanza de vida, al acceso limitado a bienes de consumo y servicios sociales, hacen de los adultos mayores un grupo vulnerable.

**OBJETIVO.-** Identificar los modos de vida en los adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Tarqui del Cantón Cuenca.

**MATERIALES Y MÉTODOS.-** Es una investigación cuali – cuantitativa, el tipo de estudio fue descriptivo. El universo estuvo conformado por 150 adultos mayores (muestra = 62). Las técnicas de investigación fueron de tipo cualitativas (grupo focal) y cuantitativas (observación y entrevista). El procesamiento de la información se realizó mediante el programa Microsoft Excel.

**Resultados.-** Los resultados muestran la situación de los adultos mayores en relación con los modos de vida: el 63% son desempleados sin medios económicos de subsistencia, un tercio no dispone de jubilación, pensiones o trabajo remunerado, están en situación de pobreza. El 25,7% son trabajadores agrícolas, su consumo se caracteriza por una vivienda insalubre, un alto porcentaje (65%) tiene primaria incompleta, en las áreas rurales el 27% tiene altos niveles de analfabetismo; esta condición influye en la salud y enfermedad, caracterizada por problemas músculo esqueléticos y cardiovasculares.

**CONCLUSIONES.-** La mayoría de los adultos mayores de la parroquia Tarqui tienen modos de vida poco adecuados, que influyen negativamente sobre la salud–enfermedad, determinando el perfil patológico característico de este grupo etario.

**PALABRAS CLAVES:** TARQUI–AZUAY, CALIDAD DE VIDA, ANCIANO, ENVEJECIMIENTO, INGESTA DIARIA RECOMENDADA, TRABAJO, ENFERMEDAD, RIESGOS LABORALES.



## ABSTRACT

**Background.** In Ecuador, 9.3% of the populations are seniors. The demographic trend, the characteristics of extension of life expectancy, limited access to consumer goods and social services, seniors make a vulnerable group.

Objective: To identify the ways of life in older adults who come to the Health Sub-center parish Tarqui Canton Cuenca.

**Materials and Methods.** - Research is a qualitative - quantitative type of study was descriptive. The universe consisted of 150 older adults (sample = 62). Research techniques were kind of qualitative (focus group) and quantitative (observation and interview). The information processing was performed using Microsoft Excel.

**Results.** - The results show the situation of the elderly in relation to the ways of life: 63% are unemployed without means of subsistence, third no retirement pension or paid work, are in poverty. 25.7% are agricultural workers, their consumption is characterized by incomplete poor housing, a high percentage (65%) are primary, in rural areas 27% have high levels of illiteracy; this condition affects health and disease characterized by skeletal and heart muscle problems.

**Conclusions.-** Most seniors of the parish Tarqui modes are unsuitable life, that negatively influence health and disease, determining the characteristic pathological profile of this age group.

**KEYWORDS.-** TARQUI –AZUAY, QUALITY OF LIFE, ELDERLY, AGING, RECOMMENDED DAILY INTAKE, WORK, DISEASE, OCCUPATIONAL HAZARDS.

**ÍNDICE DE CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>10</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>12</b>
<b>1. CAPÍTULO I</b> .....	<b>13</b>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	20
<b>2. CAPÍTULO II</b> .....	<b>22</b>
<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	<b>22</b>
2.1 ANTECEDENTES.....	22
2.2 SUSTENTO TEÓRICO .....	23
2.2.1 MODOS DE VIDA. ....	23
2.2.2 TRABAJO.....	23
2.2.3 PROCESO DE TRABAJO.....	24
2.2.4 CONSUMO .....	32
2.2.5 REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR.....	32
2.2.6 COMPLICACIONES POR DÉFICIT DE PROTEÍNAS.....	34
2.2.7 PERFIL DE SALUD – ENFERMEDAD.....	37
2.2.8 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL ENVEJECIMIENTO.....	37
2.2.9 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO .....	43
2.2.10 . CARACTERÍSTICAS ANATOMO – FUNCIONALES DEL ADULTO MAYOR.....	44
2.2.11 . TEORÍAS PSICOLÓGICAS .....	45
2.2.12 TEORÍAS SOCIALES.....	46
2.2.13 TIPOS DE EDUCACIÓN .....	47
<b>3. CAPÍTULO III</b> .....	<b>48</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>48</b>
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	48
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
<b>4. CAPITULO IV</b> .....	<b>49</b>



<b>DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>49</b>
4.1 Tipo de Investigación .....	49
4.2 Tipo de estudio .....	49
4.3 Área de estudio.....	49
4.4 Universo.....	49
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	50
4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	50
4.7 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS. ....	51
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	52
4.9 ESQUEMA DE VARIABLES.....	52
<b>5. CAPÍTULO V.....</b>	<b>54</b>
5.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN. ....	54
5.2 DISCUSIÓN DE CASOS .....	77
<b>15. CAPÍTULO VI.....</b>	<b>80</b>
6.1 CONCLUSIONES.....	80
6.2 RECOMENDACIONES.....	82
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>87</b>
ANEXO 1 .....	87
ANEXO 2.....	89
ANEXO 3.....	94
ANEXO 4.....	96
ANEXO 5.....	97
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>101</b>



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

Liliana Elizabeth Pillajo Criollo, autora de la tesis "MODOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2014-2015", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 08 de junio de 2015

Liliana Elizabeth Pillajo Criollo

C.I: 010536880-7



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

Nora Patricia Pulla Ortega, autora de la tesis "MODOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2014-2015", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 08 de junio de 2015

Nora Patricia Pulla Ortega

C.I: 140102509-1



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

Liliana Elizabeth Pillajo Criollo, autora de la tesis "MODOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2014-2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 08 de junio de 2015

Liliana Elizabeth Pillajo Criollo

C.I: 010536880-7





Nora Patricia Pulla Ortega, autora de la tesis “MODOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2014-2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 08 de junio de 2015

Nora Patricia Pulla Ortega

C.I: 140102509-1



## DEDICATORIA

Esta tesis le dedico a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre Rosa y a mi tía Hermelinda quien es como mi madre, ellas fueron el pilar fundamental para seguir adelante guiándome y apoyándome en los buenos y malos momentos de mi vida, sabiéndome comprender y ayudándome hasta el último momento en mi carrera.

A mi esposo e hijo por todo su amor y comprensión durante este largo trayecto de mi formación, por haberme comprendido y apoyado siempre, ellos fueron mi inspiración y felicidad. A mis hermanos por estar siempre presentes acompañándome para poderme realizar.

A mi compañera Nora porque sin el equipo que formamos, no hubiéramos logrado esta meta.

**Liliana Elizabeth Pillajo Criollo**



## **DEDICATORIA**

Esta tesis le dedico a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Luego a mis padres quienes con su esfuerzo amor, paciencia, me apoyaron durante toda mi carrera en los buenos y malos momentos, siendo el pilar fundamental de mi vida. A Gloria a quien quiero como una madre que me apoyo en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi compañera Liliana porque sin el equipo que formamos, no hubiéramos logrado esta meta.

**Nora Patricia Pulla Ortega**



## AGRADECIMIENTO

Este trabajo de tesis en primer lugar agradecemos a Dios por habernos bendecido y permitirnos cumplir este sueño anhelado.

A nuestra directora de tesis Mst. Carmen Cabrera, por su esfuerzo y dedicación quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que podamos terminar nuestros estudios con éxito.

También nos gustaría agradecer a nuestros profesores la carrera profesional, porque han aportado con un granito de arena en nuestra formación, de manera especial a la Lcda. Jaqueline Buenaño y a la Lcda. Marcia Peñafiel por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

Agradecemos al personal del Subcentro de Salud Tarqui, en especial a la Lcda. Esther Zhunio, por habernos dado la facilidad y oportunidad de realizar nuestro trabajo de investigación. De igual manera a toda la población de adultos mayores por su colaboración incondicional.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

**Las Autoras**



## 1. CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la salud de los diversos grupos sociales y sobre todo de los adultos mayores debe estar sujeto con el estudio de los modos de vida, es decir, sus formas de trabajo y consumo, su actividad práctica, organización, cultura, el funcionamiento de su cuerpo y las enfermedades que los afectan.

Los determinantes de los problemas de salud se generan en la dimensión social de la vida y tienen su génesis en la inserción social y en las formas de trabajo y consumo. Los modos de vida junto con las características psicosociales de los ancianos determinan la calidad de vida y el tipo de envejecimiento que enfrentan.

El envejecimiento es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma en la que cada persona satisface sus necesidades, a través de todo su ciclo vital.

Existe una estrecha relación entre los modos de vida y el perfil de salud-enfermedad del adulto mayor, puesto que cada uno de los grupos sociales son diferentes en cuanto a sus modelos de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, formas organizativas y a su cultura, haciendo que estos determinen su salud o enfermedad en cada uno de ellos, y así creándose procesos destructivos para su vida.

Los adultos mayores en nuestra sociedad se han tenido que adaptar a los diferentes estilos de vida propuestos, y por tanto dependen de los factores de alimentación, trabajo, vivienda, vestuario y si cuentan o no con una persona que los ayude en las actividades diarias como su cuidado personal.



Los procesos de industrialización, urbanización y modernización social, junto a los grandes avances en la sanidad pública y los descubrimientos científicos, han reducido la incidencia de las enfermedades letales, han permitido la mejora de las condiciones de vida, han reducido drásticamente las tasas de mortalidad y ha aumentado la esperanza de vida al nacer, duplicándola en el periodo 1900 y 1990.

También los cambios sociales de las últimas décadas han influido en la progresiva caída de las tasas de natalidad, que junto a la reducción de la mortalidad definen la transición demográfica. El impacto social de este doble fenómeno está iniciándose, pero su envergadura obligará a cambios en el modelo de sociedad, en las necesidades sociales y sanitarias, así como en las características y orientación de las políticas de bienestar.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. (1)

En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429 personas) seguido de la costa (589.431 personas). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. (1)

El 11% de los adultos mayores viven solos, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con sus hijos (49%), nietos (16%) y esposo o compañero (15%).



Los adultos mayores que viven acompañados de alguien se muestran mayormente satisfechos con su modo de vida (satisfechos con la vida que viven solos 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados 83%).

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, Subcentros de Salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los pagan sus hijos. (1)

La tesis está conformada por varios capítulos:

**Capítulo I.-** Introducción, planteamiento del problema y justificación en donde se destaca la importancia del tema de investigación, se describe narrativamente el problema y se destaca la relevancia científica, metodológica y social del problema investigado.

**Capítulo II.-** Marco teórico, en el que se enfatizan los antecedentes en los que constan estudios realizados en otros países y cuyos resultados servirá de base para la discusión de los casos. Además se realiza el sustento teórico en el que se abordan categorías conceptuales como modos de vida, trabajo consumo, proceso de envejecimiento, teorías, requerimientos nutricionales y patología prevalente de los adultos mayores.

**Capítulo III.-** Objetivos generales y específicos, que determinan la direccionalidad de la investigación.

**Capítulo IV.-** Diseño Metodológico, donde se describe el tipo de estudio, el universo, el cálculo muestral, criterios de inclusión y exclusión, las técnicas de investigación empleadas y una determinación de indicadores para el análisis de la información.



**Capítulo V.-** Procesamiento y análisis de la información en el que se presenta los resultados en tablas y gráficos estadísticos así como una descripción narrativa de los resultados del grupo focal. De igual manera, se encuentra la Discusión en donde se realiza una confrontación de los resultados de nuestra investigación con los de otros estudios citados en el marco teórico.

**Capítulo VI.-** Conclusiones y recomendaciones, donde se detalla los resultados de la investigación con el análisis e interpretación teórica y se realizan algunos planteamientos a los entes encargados de la atención de los adultos mayores.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, unos envejecen más temprano que otros.

El envejecimiento se asocia con un progresivo deterioro biológico y aumento de problemas de salud, como resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales, que incluyen modos de vida, estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedad.

El Censo de 2010, determina que las personas adultas mayores en Ecuador tienen un modesto nivel educativo; solo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres ha completado la secundaria. En el país solamente el 54% de los adultos mayores han completado el ciclo primario y básico.

El Consejo Internacional de Enfermería, al hablar del envejecimiento saludable señala que en el año 2020 la población mundial habrá incrementado a más de 1.200 millones de personas mayores a los 60 años y más de 700 millones vivirán en los países en desarrollo. En tanto que en el continente africano se mantiene la proporción más baja de adultos mayores (5.5%), seguida de Asia y los países que conforman América Latina y el Caribe (10.2%), porque la transición demográfica para estas regiones es uno de los mayores retos a los que se enfrentarán durante la primera mitad del siglo XXI.

En Ecuador, según el censo del 2010, hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, 38% a veces siente que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder (2).



La satisfacción de vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (que viven solos: 73%, satisfechos con la vida, que viven acompañados: 83%).

Este incremento de la población de edad avanzada en los países en vías de desarrollo, es producido por el mantenimiento de la tasa de natalidad y la disminución de la tasa de mortalidad del adulto mayor, además contribuye a esta situación la migración que es aproximadamente el 6,7% anual de la población económicamente activa. Todos estos factores llevan a que la pirámide poblacional sea de tipo expansiva, en el que la población adulta que es la base económica y el soporte de la población adulta mayor se estrecha, ampliándose la de los ancianos.

Asimismo, muchas personas mayores de 60 años han tenido que continuar trabajando debido a que no tienen protección social y los montos de la jubilación son escasos y la existencia de políticas de corte asistencialista como el Bono de la solidaridad cuyo monto es de 50 USD mensuales que cubre al 59% de las personas mayores a 65 años, la misma que sustituye parcialmente a la seguridad social(3).

La comunidad de Tarqui, está conformada con más de 10.000 habitantes, dentro de ellos está la población adulta mayor. La mayoría de ellos tienen un nivel de educación a nivel primario, su economía es muy deficiente lo que no les permite tener una buena alimentación y vestuario; muchos de ellos viven solos, otros con familiares; sus viviendas no cuentan con todos los servicios básicos. La salud de muchas de estas personas de la tercera edad se muestra afectada, porque no pueden disponer de todo lo necesario cuando se enferman debido en algunas ocasiones a que el Subcentro de Salud no cuenta con toda la medicación que necesitan y no disponen de recursos económicos para comprar, por tanto no toman la medicación y esto sumando al deterioro cognitivo que padecen agrava su situación de salud.



La buena salud y el buen envejecimiento se definen por la capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado. Si es social e intelectualmente activa, la persona mayor puede considerarse sana, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica. La atención de salud a las personas mayores consiste en ayudarlas a mantener un comportamiento que se adapte, para promover su bienestar y salud en general, dispensarle cuidados en las enfermedades agudas y de largo plazo y reconfortarla a la hora de la muerte.

Hay que afrontar, sin embargo, la realidad de una creciente población con probabilidad de enfermedades crónicas degenerativas. Las afecciones crónicas más frecuentes en los adultos mayores en todo el mundo son las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la artritis ósea, las pulmonares, la enfermedad de Alzheimer y los desórdenes psiquiátricos como la depresión y la demencia senil.

En el Ecuador, según el INEC el perfil salud-enfermedad que caracteriza a los adultos mayores es:

- Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%).
- La primera causa de muerte en personas mayores de 65 años es la neumonía, con los 1802 casos de insuficiencia cardíaca son 1887 casos con infarto agudo de miocardio, son 1311 casos de hipertensión arterial, y 696 casos de enfermedad cardíaca hipertensiva, se concluye que las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer lugar de causas de mortalidad en los adultos mayores en el país, para el mismo año.

Tarqui es una parroquia dividida en 26 comunidades su clima es muy frío, la mayoría de la población se enferma con frecuencia con complicaciones respiratorias. Algunos adultos mayores, presentan problemas respiratorios crónicos como EPOC, aunque también presentan otro tipo de padecimientos como artritis reumatoide, gastritis, parasitosis. También la gran mayoría presentan enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión arterial por lo que acuden a los centros de salud solos o acompañados para ser atendidos.



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación estuvo orientada a caracterizar los modos de vida de la cotidianidad del grupo de adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de Tarqui durante el año del 2014.

Es así que este estudio se realiza por las escasas investigaciones sobre modos de vida de los adultos mayores, considerando que es un grupo etario importante en la sociedad, por tal motivo se considera la necesidad de realizar esta investigación en la parroquia Tarqui.

Es importante conocer los cambios que surgen en la vejez y como se manifiestan en su conducta y su sentir. Desafortunadamente la sociedad no comprende lo que implica llegar a esta etapa y la catalogan como una pérdida, un deterioro y no como un progreso del cual podemos enorgullecernos y aprender.

La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción de la ejecución motora, la lentitud de los reflejos y el descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan incoordinación y torpeza, y por tanto son factores determinantes del nivel de funcionalidad del adulto mayor, teniendo en cuenta como factor agravante del envejecimiento la dependencia funcional y la incapacidad de realizar funciones de tipo cotidiano como vestirse, comer con eficiencia, pararse y sentarse en muebles, caminar con firmeza y seguridad, sostener objetos, entre otros.

En este sentido, constituye un reto contribuir a mejorar los modos de vida con la finalidad de que el adulto mayor se desarrolle a plenitud. Además, esta información contribuye a realizar programas sociales y sirve como una guía para tratar y dirigirse a las personas de la tercera edad en pro de calidad y dignidad en su vivir.



Este estudio tiene mucho impacto en el ámbito:

- **Científico:** Al realizar este estudio, tomamos conciencia de la realidad de nuestros ancianos y sirve como línea base para la planificación y desarrollo de programas de atención orientados a la promoción de la salud, prevención de complicaciones y promueve envejecimientos saludables a través del mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.
- **Político:** Debido a que los adultos mayores diariamente se encuentran expuestos a los abusos por parte de la sociedad, las autoridades estarán pendientes de que se cumplan sus derechos.
- **Económico:** Se tratará de crear ambientes saludables para que así el adulto mayor se distraiga. Por otra parte, se fomentará diferentes actividades laborales que le permitan satisfacer sus necesidades básicas y así promover un envejecimiento saludable, digno e independiente.

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTOS TEÓRICOS

#### 2.1 ANTECEDENTES.

El envejecimiento es el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales, funcionales entre lo biológico, psicosocial, cultura y ambiental, esta característica del proceso de envejecimiento ha determinado que se realicen varias investigaciones destacándose:

En México se realizó un estudio en donde se analizó a 7322 adultos mayores de 60 años y más, los cuales representaron el 7% de la población mexicana, de estos, el 8% reporta el estado de salud como malo o muy malo. Los factores asociados a la mala salud están la edad, sexo, la falta de seguridad social, divorcio, incapacidad, falta de una fuente de trabajo, consumo de tabaco, enfermedades, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónico–degenerativas.

En el centro de Salud de Toledo, Barcelona, España, se realizó un estudio mediante la aplicación de un formulario a 386 adultos mayores, siendo el 66,8% mujeres y predominando la edad comprendida entre 65 y 69 años (25,5%) y con un menor porcentaje la edad de mayores de 84 años (12,2%). El 15,9% de la muestra eran analfabetas, el 75,8% tenían estudios primarios, el 8,3% educación media o superior. En relación con la convivencia, el 26,3% vivían solos, el 42,1% con su pareja, el 18,2% con otros familiares y el 4,7% en centros de atención geriátrica. Las enfermedades o patologías crónicas prevalentes eran la hipertensión arterial en el 58,2% de los casos, dislipidemias en el 45,6%, patología articular limitante en el 37% de los adultos mayores y obesidad en el 32,6% de casos. La polifarmacia estaba presente en el 27,8% de los pacientes, además se observa un mayor deterioro en el caso de las mujeres en una relación de 28,7% frente al 19% de los hombres.

Otra investigación de tipo cualitativa realizada en Santiago de Chile sobre calidad de vida desde la perspectiva de los adultos mayores, muestra que en el 60% de los casos tienen una calidad de vida deteriorada, la misma que está asociada a la falta de autonomía, falta de redes sociales, condiciones económicas deficientes, vivienda insalubre, falta de actividades recreativas y de ocio y por falta de oportunidades y acceso a programas sociales.(4)

Por otra parte, la investigación sobre formas de vida realizada en el Cantón Chordeleg en 2013, muestran que el 73% son de sexo femenino, el 27% de sexo masculino, la esperanza de vida es mayor en los varones de 80 a 85 años, el 53% tiene una ocupación mixta agricultura, avicultura. Utilizan medios de protección como sombrero, botas para cubrirse de las inclemencias del tiempo. Por otro lado, las formas de consumo en el 56% muestran una alimentación hidrocarbonada sobre todo arroz, mote y papas.(5)

## **2.2 SUSTENTO TEÓRICO**

### **2.2.1 MODOS DE VIDA.**

Son las formas de vida, trabajo, consumo, organización política, cultural que influyen positiva o negativamente sobre las estructuras anátomo- funcionales del organismo determinando estados de salud o enfermedad.(6)

### **2.2.2 TRABAJO.**

Para Oscar Betancur (2004), el trabajo no es solamente una cualidad biológica, es una característica del hombre como ser social que se encuentra relacionado con el proceso de transformación y dominio de la naturaleza. Es algo inseparable del ser humano, que se impregna en las 24 horas del día, incide tanto en lo que sucede en la jornada laboral como en los otros momentos de la vida del trabajador. (7)



Por medio del trabajo se transforma la naturaleza y se obtienen los bienes necesarios para la reproducción del ser humano, permitiendo el desarrollo de múltiples capacidades físicas y mentales (7).

Desde la antigüedad ha existido el trabajo y ha estado dividido íntegramente a cargo del correspondiente artesano, y del campesino señorial.

Con el desarrollo del mercado capitalista se hizo técnica y económicamente necesario incrementar la productividad del trabajo humano con miras a la obtención de máximas ganancias con el menor tiempo posible.

### **2.2.3 PROCESO DE TRABAJO.**

El trabajo ha permitido el desarrollo de la humanidad, es una de las principales actividades que regula el uso racional de materias primas entre la naturaleza y el hombre, mediante el cual éste se apropia de los elementos que aquélla le ofrece y los transforma, con la finalidad de obtener los medios necesarios a su existencia. A la vez, que en el mismo proceso, el hombre también se transforma: desarrolla su propia naturaleza, sus músculos, su capacidad de pensar y crear.(8)

El objetivo del trabajo está dirigido a la transformación de cualquier materia prima que se utilice, dependiendo del tipo de trabajo o actividad y así el producto final tendrá variedad de usos. La actividad laboral permite un salario que sirve para satisfacer las necesidades del ser humano y para la reproducción social de la fuerza de trabajo.

Las formas de trabajo son heterogéneas a pesar que intervienen los mismos elementos diferenciándose los procesos de trabajo por las actividades que realizan los seres humanos.

En el proceso del trabajo se debe tomar en cuenta los elementos que lo integran como el objeto, medios, organización y división del trabajo, actividad misma y entorno laboral, puestos estos según sus características





pueden interactuar como procesos protectores promoviendo la salud o como procesos destructores causando enfermedad en el adulto mayor.

## **COMPONENTES DEL TRABAJO.**

**OBJETO DEL TRABAJO.-** Es la materia prima empleada por las personas como parte de su actividad laboral.

**MEDIOS DEL TRABAJO.-** Conjunto de instrumentos con que el hombre actúa sobre los objetos de trabajo. Son las máquinas que se utilizan para realizar los diferentes tipos de trabajo, van desde los rudimentarios hasta las máquinas modernas, dentro de los principales medios de trabajo se encuentra el transporte.

**ORGANIZACIÓN Y DIVISIÓN DEL TRABAJO.-** Es la manera como los seres humanos se organiza en su trabajo y la clasificación de las actividades que desarrollan para dar mayor especificidad y selectividad con el fin de cumplir con sus actividades laborales. Comprende varios ámbitos:

**JORNADA DEL TRABAJO.-** Cantidad de horas que se trabaja, un alto número de horas trabajadas implica un tiempo prolongado de exposición a algún riesgo en el área de trabajo.

**INTENSIDAD DEL TRABAJO.-** El trabajo requiere de utilización de energía humana que se traduce en la realización de un esfuerzo físico y mental determinado(9).

**DEMANDAS DE ESFUERZO FÍSICO.-** En el trabajo se da una combinación de movimientos, posturas y esfuerzos que se traducen en esfuerzo físico. Para prevenir la fatiga y la aparición de problemas musculoesqueléticos derivados del esfuerzo físico deben adoptar medidas de control (10).



Realizar movimientos demanda un esfuerzo físico, pero cuando el trabajo es exigente, se realiza un desgaste a mayor velocidad y se emplea grupos musculares pequeños, menores, los cuales sumado a la postura estática y al sobreesfuerzo realizado para el levantamiento de objetos pesados, determinan que se debe mantener una postura dinámica para vencer las fuerzas que se oponen tales como la resistencia y la fuerza de gravedad.

Los problemas aparecen cuando las personas durante su trabajo permanecen en una misma posición durante un tiempo excesivo, en malas posturas o que realicen esfuerzos que impliquen un estiramiento más allá de sus capacidades funcionales produciendo fatiga, contracturas y la aparición de problemas músculo–esqueléticos derivados del esfuerzo físico, por lo que resulta imprescindible adoptar medidas de control sobre:

- a. Promover cambios de posición, de posturas y de movimientos durante la actividad laboral para prevenir fatiga y patología músculo–esquelético.
- b. El tiempo de exposición a la actividad laboral para desarrollar pausas y rotación de tareas que aumenten la variedad y el dinamismo de las posturas para prevenir la rutina, el sobreesfuerzo y movimientos monótonos que causan fatiga y enfermedad.
- c. El tipo de movimientos laborales que realizan, pues cualquier parte del cuerpo que se hace trabajar muchas veces en periodos de tiempo corto se dañan por desgaste y monotonía.
- d. El sobre esfuerzo físico sobre todo por el uso de grupos musculares pequeños, sumado a la falta de mecánica corporal para un uso eficiente del cuerpo en el uso de equipos de apoyo para el trabajo los predispone a accidentes laborales por adopción de posturas inadecuadas durante el trabajo.

**Demanda de esfuerzo mental.**-El trabajo como tal demanda el desarrollo de actividades mentales ya que las personas deben interpretar datos, y es



así que un esfuerzo mental excesivo o inadecuado en el trabajo implica un mayor riesgo porque aumentan la probabilidad de accidentes y enfermedades.

**Organización del Trabajo.**-El trabajo al ser un proceso debe ser organizado en varias actividades para determinar los tiempos de cada tarea o actividad, las funciones y las relaciones entre individuos para mejorar el nivel de bienestar de los /las trabajadores.

La actividad definida como procedimientos para cumplir con el proceso de trabajo a través de los cuales interactúan el ser humano con los objetos y medios, producto de esta interrelación se generan procesos protectores o peligrosos derivados del trabajo.

**El entorno laboral.**- Definido como el medio ambiente en donde se desarrolla la actividad laboral, espacio donde interactúan los trabajadores y los medios de trabajo.

## **CARACTERÍSTICAS POSITIVAS DEL TRABAJO**

El trabajo permite el desarrollo y transformación del ser humano, genera potencialidades como:

- Desarrollo de actividades laborales para dominar los medios de trabajo, relacionarse laboralmente con otras personas, transformar el objeto de trabajo en nuevas sustancias utilizando todas sus capacidades físicas, intelectuales y emocionales.
- Promueve la solidaridad y compañerismo creando un ambiente y clima organizacional agradable.
- Crea sensaciones de bienestar, realización plena, alegría, crecimiento y desarrollo personal, profesional, aplicación de valores y principios éticos.



- Desarrollo de la capacidad física, fortalecimiento muscular, niveles altos de rendimiento cardiopulmonar, habilidades y destrezas para un buen desempeño laboral.
- Creación de satisfacción, producción de bienes y servicios, fortalecimiento de la autoestima, autorrealización, promueve el desarrollo de valores como la responsabilidad, el respeto, el compromiso, la creatividad, la innovación e iniciativa.

### **POLO NEGATIVO DEL TRABAJO**

Según Oscar Betancourt (2004), el trabajo también tiene un polo negativo que puede causar alguna enfermedad laboral, dentro de los aspectos negativos están:

- La carencia de actividad laboral produce diversas manifestaciones que afectan al trabajador como a la familia y a la sociedad.
- Cuando el trabajo es dañino, rutinario, mecánico producen angustia, irritabilidad, agresividad, desgaste, subestima, frustración, apatía, depresión y ansiedad, deterioro de las relaciones laborales, familiares.
- El bajo salario determina ingresos económicos deteriorados, el acceso a una mala alimentación, a una vivienda insalubre en suma un grave deterioro del nivel de consumo produciendo una inadecuada recuperación de la fuerza de trabajo con un grave deterioro de la salud.
- También la carencia de un empleo o estabilidad laboral trae como consecuencia graves problemas sociales como violencia, delincuencia.
- El adulto mayor al retirarse de la actividad laboral culturalmente significa no hacer nada, no ser nadie socialmente, de ahí que la jubilación simboliza una pérdida de identidad social y una percepción social que los ancianos son seres inútiles.



## EL TRABAJO COMO FUENTE DE INGRESOS

El ingreso laboral de las personas mayores proviene de las actividades agropecuarias y no agropecuarias (construcción, manufactura transporte, etc.). La actividad agrícola es la fuente laboral más importante con un 83%, paradójicamente es la que menores ingresos mensuales genera.

Los ingresos laborales de las personas mayores apenas representan el 60% de lo que obtienen los trabajadores menores de 60 años. En el caso particular de las mujeres, la brecha de ingresos por sexo es significativa.

En promedio las mujeres reciben el equivalente al 71.9% del monto que obtienen los hombres por el mismo tipo de trabajo, pero este porcentaje se reduce a 54.8% cuando se trata de empleos no agrícolas.

Las personas mayores dedican un promedio de 46 horas a la semana a las actividades agrícolas y no agrícolas, un par de horas menos en el caso de las mujeres mayores.(11)

## DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE TRABAJO

**El trabajador:** Es una persona que proporciona sus servicios a otra persona, empresa o institución de acuerdo a sus dimensiones corporales, fuerza laboral, movimientos, educación, expectativas y otras características físicas y mentales.

**El puesto de trabajo:** Se refiere a la herramienta, maquinaria, mobiliario paneles de indicadores controles entre otros elementos de trabajo de acuerdo a la actividad a realizar.

**Herramientas de trabajo:** Se refiere a los insumos que el trabajador necesitara para desarrollar sus actividades, lo cual depende de la actividad a realizar.



**El ambiente de trabajo:** Hace referencia espacio físico donde se realiza la actividad, este espacio debe considerar aspectos como: temperatura humedad iluminación, ruidos vibraciones y otras características atmosféricas. Las condiciones de seguridad e higiene también forman parte del ambiente de trabajo.

El adulto mayor tiene dificultades para insertarse como parte de la población económicamente activa porque no existen plazas que se adecuen a su condición, según el ministerio de Inclusión económica y social solo el 13,6% de adultos mayores tienen ocupaciones acordes con su edad y sexo factores que dificultan la adquisición de dinero para las personas mayores ocasionando dificultades socioeconómicas, pérdida de autonomía que sumado a la inequidad de género y étnica repercuten en el ejercicio de los derechos.

La relación entre salud y trabajo en el adulto mayor está íntimamente ligada a los modos de vida de cada uno de ellos, el desarrollo histórico social ha demostrado que las características del ambiente de trabajo bajo ciertas condiciones pueden transformarse en un espacio generador de enfermedades o de generación de procesos destructores que sumado a la condición físico – mental del adulto mayor crea una condición laboral capaz de producir efectos nocivos sobre la salud del trabajador adulto mayor.

El ambiente de trabajo comprende componentes físicos como la temperatura, iluminación, ruido, vibraciones y otras cualidades atmosféricas, componentes químicos, biológicos y los factores tecnológicos presentes en un proceso laboral. Incluyen las políticas de recursos humanos que afectan directamente a los empleados tales como compensaciones y beneficios, proyección profesional, diversidad, balance trabajo-tiempo libre, horarios flexibles, programas de salud y bienestar, seguridad laboral, planes y beneficios para sus familias y dependientes(12).

El trabajo puede causar daño a la salud cuando las condiciones físicas, psicológicas, sociales y materiales afectan de manera negativa el estado



de bienestar de la persona de la tercera edad, sumado a factores nocivos producto del trabajo expresado en accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Los daños a la salud del trabajador se ocasionan cuando en el ambiente laboral, como por ejemplo por la iluminación inadecuada y así demandando un gran esfuerzo visual produciendo lesiones como fatiga, agotamiento. Se considera que la iluminación para que sea beneficiosa debe tener una combinación entre iluminación ambiental e iluminación individual del espacio de trabajo, la luminosidad recomendada es de 500 a 750 lx. El clima del ambiente de trabajo también es esencial porque influye en el bienestar de los trabajadores, pues, cuando existen excesivas corrientes de aire, frío, calor o un ambiente seco se producen problemas como: escozor de ojos, mucosas secas, resfriados, piel irritada, etc.

Otros daños sobre la salud del trabajador, sobre todo del adulto mayor, son el estrés laboral generado cuando existe un lugar inadecuado de trabajo, deficiente funcionamiento de la maquinaria, desproporción entre el tamaño del trabajador y el espacio laboral produciendo lesiones como: dolor ocular, prurito, lagrimeo, reducción de la capacidad de acomodación ocular y la convergencia de los ejes visuales, fatiga visual; los defectos de postura durante la jornada laboral produce dolor, edema, problemas circulatorios, por permanecer jornadas largas de pie o sentados.

## **RELACIONES SOCIALES DEL TRABAJO**

El trabajo es una actividad social que genera relaciones que permiten interactuar a los individuos que intervienen en el proceso de trabajo, estas relaciones están organizadas en un nivel formal y jerárquico registrado en las estructuras orgánicas de las empresas y que estipulan las obligaciones contractuales del trabajador y la posición que ocupa dentro del proceso productivo.



#### 2.2.4 CONSUMO

Es el nivel de acceso a bienes básicos para la recuperación de la fuerza laboral según su inserción en la producción y las relaciones sociales que enfrenta. (13)

El consumo adopta varias formas: Consumo de bienes productivos y mediados por la distribución; consumo de bienes productivos en el trabajo doméstico y en las actividades improductivas; consumo de los valores de usos naturales oxígeno del aire, radiaciones ultravioletas. El consumo no se ejerce por parte de individuos desprovistos de una especificidad biológica, si no que se especifica y configura también de acuerdo con las mediaciones biológicas del genotipo y la fisiología del fenotipo.(14)

La reproducción social aparece entonces como la categoría más apropiada que permite analizar el proceso productivo en su movimiento, estudiar la oposición dialéctica entre producción que incluye, al proceso laboral o proceso de trabajo y consumo individual relacionado con las formas de satisfacción de las necesidades básicas para la recuperación de la fuerza de trabajo, procesos dialécticos que expresan la realización histórica de un sujeto social consciente.

**Consumo Simple.**-Es el acceso a bienes o la satisfacción de necesidades básicas del ser humano, como alimentación, salud, vivienda, vestido para asegurar la reproducción biológica, reponer la fuerza de trabajo y optimizar las condiciones de existencia de los grupos sociales.

#### 2.2.5 REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR.

El estado nutricional del adulto mayor está determinado por los requerimientos y la ingesta. La actividad física, el estilo de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de



salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas son otros factores que influyen.

El envejecimiento produce cambios fisiológicos que afectan la necesidad de muchos nutrientes esenciales. Los requerimientos energéticos disminuyen con la edad, como la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física, más aún si existen incapacidades que limitan su actividad física. La carencia de patrones de referencia y puntos de corte ajustados por edad para valores antropométricos, bioquímicos y clínicos dificulta una adecuada evaluación nutricional de los ancianos.

**ENERGÍA.**-Las necesidades energéticas en el anciano son menores que en el joven debido fundamentalmente a la disminución de su masa muscular y de su actividad física. Se ha observado que al menos el 40% de los ancianos de más de 70 años ingieren menos de 1500 Cal/día. Sin embargo, este aporte energético es insuficiente para cubrir las necesidades de micronutrientes, así como para mantener un cierto grado de actividad física, con lo que se instaura el siguiente círculo vicioso. (15)

**DÉFICIT DE MICRONUTRIENTES.**- Los déficits de vitaminas y minerales favorecen el riesgo de infecciones, de enfermedades crónicas y de trastornos psicológicos. Generalmente sus alteraciones se deben a una disminución de la ingesta, interacción con fármacos, consumo de alcohol y aclorhidria o hipoclorhidria.

**PROTEÍNAS.**-El aporte de proteínas en el anciano puede verse comprometido debido a múltiples causas tales como los trastornos de la masticación, cambios en las apetencias, coste elevado de los alimentos proteicos, alteraciones digestivas y procesos patológicos intercurrentes.

## 2.2.6 COMPLICACIONES POR DÉFICIT DE PROTEÍNAS

- Disfunción del sistema inmunitario.
- Mala evolución de la enfermedad.
- Aparición de edemas y úlceras de decúbito.
- Mayor número de infecciones urinarias, respiratorias y de las heridas.
- Mayor pérdida de masa muscular.
- Astenia, depresión e inmovilidad.

**GRASAS.**-El anciano necesita un aporte de grasa adecuado como fuente de energía, vehículo de vitaminas liposolubles y también para mejorar la palatabilidad de la dieta.

Las grasas deben aportar como máximo el 35% de la energía de la dieta con una distribución de <10% de ácidos grasos saturados, ≤10% de poli-insaturados y el resto como mono-insaturados. El aporte de colesterol no debería sobrepasar los 300 mg/día. (15)

**CARBOHIDRATOS.**- La ingesta de carbohidratos debería ser aproximadamente del 50-55% del total calórico de la dieta con mayoría de carbohidratos complejos y restricción de los simples. Es importante recordar que los ancianos pueden presentar intolerancia a la lactosa, con molestias digestivas e incluso diarreas.

**FIBRA.**- Las dificultades de masticación pueden provocar un rechazo de las frutas y verduras crudas con la consiguiente disminución de la ingesta de fibra. La falta de fibra puede agravar algunos de los problemas frecuentes en el anciano como el estreñimiento, el uso de laxantes y la diverticulitis. (15) Por ello, en el anciano es importante procurar un aporte adecuado de fibra a partir de frutas, verduras y legumbres.

**VITAMINAS.-** Las vitaminas son sustancias imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo. Ya que el hombre es incapaz de sintetizarlas, es necesario que su aporte a través de la dieta sea adecuado y suficiente. En el anciano existen numerosas causas que favorecen la aparición frecuente de déficits vitamínicos, tales como:

- Aporte calórico insuficiente.
- Dietas excesivamente restrictivas en grasas.
- Rechazo de frutas y verduras.
- Disminución del apetito.
- Mala preparación y conservación de los alimentos.
- Excesivo uso de laxantes.
- Poli medicación.

Patología aguda y/o crónica como:

- Aporte calórico insuficiente.
- Dietas excesivamente restrictivas en grasas.
- Rechazo de frutas y verduras.
- Disminución del apetito.
- Mala preparación y conservación de los alimentos.
- Excesivo uso de laxantes.
- Poli medicación.
- Patología aguda y/o crónica
- La concentración de vitamina B12 suele estar disminuida debido a la elevada prevalencia de gastritis atrófica en los ancianos y a la interacción con fármacos como la cimetidina.



**LOS REQUERIMIENTOS DE VITAMINA B6:** Pueden estar aumentados por una alteración del metabolismo y además por la interacción con algunos fármacos anticonvulsivantes, antidepresivos y antihipertensivos. La combinación de fármacos y vitaminas puede aumentar las necesidades de algunas vitaminas como en el caso del ácido fólico, vitamina C y ácido acetil salicílico, vitamina A e hidróxido de aluminio, ácido fólico y bicarbonato, y vitamina A, K, E, D y aceites minerales (15).

**MINERALES.-** El aporte de minerales puede verse comprometido en el anciano debido a las mismas causas que en el caso de las vitaminas: menor apetito, dificultad de masticación, alteraciones endocrinas, digestivas y renales, e interacción con fármacos. Con la edad, la absorción de Calcio va disminuyendo en relación con la disminución de la secreción ácida gástrica y los niveles más bajos de vitamina D. Además la disminución de la actividad física y la menopausia favorecen la pérdida de masa ósea.

Algunas enfermedades y medicaciones como los diuréticos pueden provocar un déficit de Magnesio y, en consecuencia, un mayor riesgo de síndrome de fatiga crónica, enfermedad cardíaca, osteoporosis y diabetes. El déficit de Hierro es un problema frecuente en el anciano, con una prevalencia en la población española del 44% en personas mayores de 65 años (16). A pesar de que los aportes de hierro suelen cubrir las RDA en poblaciones como la americana, existen numerosos factores pre disponente de su carencia, tales como la hipoclorhidria, las micro-hemorragias crónicas y el consumo prolongado de antiácidos y antiinflamatorios.

**La ingesta de Zinc.-** En los ancianos suele ser inferior a sus recomendaciones. Su déficit se asocia a una disminución de la inmunidad y de la cicatrización de las heridas, así como a una pérdida del gusto que disminuye todavía más la ingesta.



**El Selenio.-** Forma parte del sistema antioxidante del organismo, también puede estar disminuido por una ingesta menor de alimentos proteicos como la carne.

**El Cromo.-** Es un cofactor de la insulina imprescindible para el metabolismo de la glucosa y de los lípidos, cuyo aporte suele ser insuficiente en la dieta del anciano

**Consumo Ampliado.-** Acceso de los grupos sociales a bienes como la organización, políticas de seguridad, participación en la vida pública.

### **2.2.7 PERFIL DE SALUD – ENFERMEDAD**

Es un proceso dialéctico, histórico social, producto de la determinación social y de las características de trabajo y consumo que determinan los modos de vida, de salud y enfermedad de un grupo social.

El proceso salud-enfermedad, es el resultado de cómo trabajan, viven, se alimentan, se educan, descansan, se recrean, se organizan los grupos humanos a los que pertenece cada individuo.

#### **El monitoreo Epidemiológico de la Salud**

Es fundamental para conocer y prevenir las enfermedades en general y de manera particular los problemas de salud de las personas, incursionando en las condiciones que generan esas alteraciones a la salud. El MESAT debe incluir no sólo la recolección y análisis de los datos si no la difusión y utilización de esa información para planificar y llevar a, la práctica actividades de promoción y prevención en la salud de los trabajadores.

### **2.2.8 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL ENVEJECIMIENTO**

La tercera edad es un grupo de riesgo en el punto de mira de algunas enfermedades y afecciones.



**Arterioesclerosis de las Extremidades.**-Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

Los problemas de riego en las extremidades en la arteriosclerosis suelen ocurrir antes en las piernas o los pies y la edad es uno de los factores de riesgo más importantes.

La persona afectada empieza a notar dolor de piernas, hormigueo en los pies estando en reposo, úlceras e incluso gangrena en los pies (el tejido "se muere", notándose visiblemente).

**Artrosis:** afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. La edad, la obesidad, la falta de ejercicio son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

**Artritis.**- Es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Se suele detectar pasados los 40 años, en radiografías, sin que antes se haya presentado ningún síntoma.

**Alzheimer.**- La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. Se desconocen las causas, si bien se sabe que intervienen factores genéticos.



**Párkinson.-** El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. El principal factor de riesgo del Parkinson es la edad. Afecta a más de 65.000 españoles y su incidencia va en aumento.

**Hipertrofia benigna de Próstata:** Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la "biopsia prostática" y el tacto renal (palpar la próstata a través del recto), que además puede detectar síntomas de cáncer.

**Gripe:** Se trata de una enfermedad "común" que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios.

**Malnutrición:** A menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina...), déficit de folato, desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica.

El deterioro cognitivo puede ser causado por tantos factores no nutricionales que es fácil pasar por alto causas nutricionales potenciales, como deshidratación, desequilibrio del potasio, anemia ferropénica y déficit de muchas de las vitaminas hidrosolubles.

**Vértigo en los mayores.-**Buena parte de los mayores de 60 años, acuden al médico por culpa de inexplicables mareos o vértigos. También son habituales las pérdidas de equilibrio y otras sensaciones de aturdimiento. Es importante que sea un médico quien determine la gravedad de esta situación. En todos los casos el especialista determinará con un reconocimiento físico los posibles motivos.



**Hipoacusia:** A menudo, los déficits auditivos se consideran "normales" en los ancianos, y, si bien es propio de la edad el desgaste en nuestras capacidades, siempre se debería poner solución, con las pruebas diagnósticas precisas y si es necesario, con la ayuda de un audífono que amplificará la señal sonora ayudándonos a recuperar parcialmente nuestra capacidad auditiva.

**Hipertensión.-** La presión arterial es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre contra las paredes de las arterias. La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardíaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal. Conviene que nosotros mismos controlemos nuestra presión arterial además de llevar hábitos de vida saludables.

**Problemas Visuales.-** Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Es por ello que se aconseja a las personas mayores una revisión ocular una vez al año para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico. Los problemas de visión más frecuentes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, tensión ocular.

**Claudicación intermitente.-** Es un trastorno que se produce como consecuencia de la obstrucción progresiva de las arterias que nutren las extremidades. Las paredes de las arterias sufren lesiones, llamadas "placas de ateroma", que se van agrandando dificultando el correcto riego sanguíneo y haciendo que los músculos produzcan ácido láctico. Caracterizado por la aparición de dolor muscular intenso en las extremidades inferiores, en la pantorrilla o el muslo, que aparece normalmente al caminar o realizar un ejercicio físico y que mejora al detener la actividad. Se observa con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer; generalmente en pacientes mayores de 60 años.





**Demencia senil.-** La demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas.

Los primeros síntomas suelen ser cambios de personalidad, de conducta, dificultades de comprensión, en las habilidades motoras e incluso delirios. A veces se llegan a mostrar también rasgos psicóticos o depresivos. Algunos tipos de demencia son el Alzheimer, demencias fronto temporales como la enfermedad de Pick, demencia vascular, demencia multiinfarto (demencia arterioesclerótica), enfermedad de Binswanger, demencia de Cuerpos de Lewy.

**Osteoporosis.-** La osteoporosis es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio, volviéndose quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición, por lo que un aporte extra de calcio y la práctica de ejercicio antes de la menopausia favorecerán en su prevención. Para frenar la osteoporosis conviene ponerse en manos de un profesional que determine qué hábitos de nuestra vida debemos potenciar. Los ejercicios y la gimnasia para la tercera edad son una manera de luchar contra la osteoporosis llevando una vida sana.

**Accidente Cerebro Vascular (Ictus).-** Es una enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que parte del cerebro no consiga el flujo de sangre que necesita, quedándose la zona sin riego, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, quedando paralizada la zona del cuerpo "dirigida" por esa parte del cerebro.



Uno de los principales factores que multiplica el riesgo de padecer cáncer es la edad. Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un ictus.(15)

**Reproducción social.-** Explica los problemas de salud de los individuos. Es importante referirse a la no exclusividad del trabajo en la aparición de las enfermedades, el esfuerzo también debe estar centrado en un reconocimiento explícito de las relaciones de producción como determinante de salud enfermedad. No es un simple ejercicio científico, sino es la posibilidad de generar herramientas para la defensa de la salud por parte de los adultos mayores.

La reproducción social se interpreta en dos dimensiones: la gran reproducción social en el nivel general, que en el caso de nuestras sociedades adquiere el carácter histórico de acumulación de capital y, dentro de esta las formas de reproducción social particulares de los grupos o clases específicas que la conforman. Estas últimas constituyen un sistema multidimensional de contradicciones que abarca, como eje de la determinación, el movimiento dialéctico de producción-consumo mediado por la distribución y que incluye también las relaciones con el entorno o medio geográfico o territorio (condiciones naturales externas), las relaciones político ideológicas que definen las contradicciones entre la organización-autarquía de las clases y privatización alineación que las afecta.

**Los procesos peligrosos para la salud en el trabajo:** Se refiere a todo aquello que durante el trabajo pueda afectar la salud de los trabajadores, sea que surjan de los objetos y medios, de la organización y división del trabajo o de otras dimensiones del trabajo.

### **Determinantes del modo de vida.**

Cuando se habla de determinantes nos estamos refiriendo a las leyes de la organización social, a las características de la producción, a las



particularidades de las colectividades (grupos o clases sociales), a las políticas generales y de salud, a las ideas y costumbres, a las formas de vida y consumo de los trabajadores y sus familias, a la organización de los trabajadores.

Los determinantes del modo de vida generalmente actúan de forma indirecta y a largo plazo y no suelen ser asociados a la enfermedad por los estudios clínicos. El peligro, el malestar y los síntomas que puede producir la enfermedad, lo que unido a las características del método clínico y la necesidad pragmática de aliviar o curar la enfermedad lo antes posible, determinan la omisión o subestimación de la incidencia del modo de vida, lo cual enmascara la historia natural de la enfermedad y escamotea el enfoque genético y epidemiológico tras el impacto del alivio o cura de lo individual y lo inmediato.(16)

## 2.2.9 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

### TEORÍAS BIOLÓGICAS.

Grupo de teorías basadas en el envejecimiento de órganos y sistemas dando como resultado una acumulación de errores en la síntesis del ADN y ARN.

La constante agresión del medio ambiente y la permanente necesidad del organismo en producir energía a través de las funciones metabólicas generan productos tóxicos que ponen en peligro la función normal del organismo y la reparación celular.

**Teoría del desgaste.-** Las células y órganos se desgastan por los años de uso.

**Teoría de los radicales libres.-** Daño celular acumulado producido por la exposición a radicales libres, sustancias altamente tóxicas que se generan como productos colaterales de la vida aeróbica



**Daño del ADN.-** Las mutaciones genéticas ocurren y se acumulan con la edad ocasionando deterioro y disfunción celular, dificultando la realización de las actividades cotidianas dentro de su modo de vida.

**Factor Endocrino.-** El reloj biológico actúa a través de las hormonas para controlar el paso del tiempo.

**Factor inmunológico.-** Una disminución programada de la función del sistema inmune conduce a un aumento de la vulnerabilidad

## **2.2.10. CARACTERÍSTICAS ANATOMO – FUNCIONALES DEL ADULTO MAYOR**

**Sistema Inter-tegumentario:** La epidermis se adelgaza con el envejecimiento ya que las células no son reemplazadas con la misma celeridad que a edades más jóvenes. El tejido inter-conectivo subcutáneo se vuelve menos flexible, la función de las glándulas sebáceas se reduce secando la piel y haciéndola más áspera.

**Sistema Cardio-vascular:** Debido al envejecimiento la tasa cardiaca decrece, como también declina la máxima tasa de consumo del oxígeno para realizar movimientos físicos exigentes.

**Sistema Respiratorio:** Todas las células del cuerpo requieren oxígeno para sobrevivir debido a que las células no pueden almacenar el oxígeno se hace necesario que exista un suministro constante de oxígeno a todas las células del cuerpo por medio del torrente sanguíneo. En el envejecimiento hay una disminución significativa en el consumo de oxígeno. Con la edad avanzada el aire se distribuye en forma dispareja en los pulmones dificultando el intercambio de gases que ahí acontece. Generalmente es causado porque el tejido pulmonar se vuelve más rígido con la edad y se expande menos, los alveolos se alargan en razón de lo cual pierden la superficie necesaria para el intercambio de gases.



**Sistema Sensorial:** Con el envejecimiento los receptores especializados manifiestan declinaciones importantes:

**La vista:** El lente ocular se vuelve más grueso con el pasar del tiempo, también pierde su elasticidad haciendo el enfoque sobre objetos más difícil.

**El oído:** Experimenta daño el oído debido a ruidos ambientales y lo que se denomina presbiacusia.

**Receptores Somáticos:** Se ha detectado disminución en los receptores somáticos y se ha determinado que estos pierden sensibilidad con la edad. Los receptores del tacto y la temperatura en la mano decrecen en capacidad funcional los adultos mayores responden más lentamente a los cambios drásticos de temperatura haciéndoles más susceptibles al estrés térmico (4).

### 2.2.11 . TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Las teorías psicológicas establecen que diferentes circunstancias enfrentadas deben de ocurrir para que el individuo envejezca exitosamente.

**Integridad del ego vs Desesperación.-** La aceptación de la forma en que ha sido y es su vida, la vida fue y es digna.

**Desesperación Conflicto entre como se ha vivido la vida.-** Insatisfacción con el curso de la vida y convicción de que si hubiera sido diferente hubiera habido otra oportunidad.

**Teoría del Individualismo de Jung.-** Conforme la persona envejece, hay un cambio de enfoque desde el mundo externo hacia una experiencia interior. Para envejecer exitosamente, el adulto mayor acepta tanto los logros como los fracasos.



## 2.2.12 TEORÍAS SOCIALES

Se basan en la relación de las personas ancianas con la sociedad, y el status de los ancianos.

El abordaje sociológico se centra en las características de la sociedad y las condiciones de vida del anciano y considera al individuo como unidad de análisis y se enfoca a la manera en que el viejo enfrenta su propio envejecimiento dentro de un contexto social que lo condiciona.

**Teoría adaptativa.-** El enfoque está en cómo el anciano se adapta al final de la vida y como el medio ambiente influye en ese proceso adaptativo.

**Teoría de la modernización.-** El anciano es relegado socialmente en contraparte con las sociedades tradicionales en donde gozaba de status más elevado y era reconocido por experiencia y sabiduría, se convierte en una carga social y se deterioran sus condiciones de vida.

**Teoría de la continuidad.-** Un envejecimiento exitoso depende de mantener hábitos, valores y preferencias previas y otras redes para formar una estructura en la vida adulta.

La manera de predecir como la persona se ajustará a la vida adulta, es como se ha ajustado a los cambios a través de su vida.

**Teoría de la actividad.-** Asume que un envejecimiento exitoso depende de mantener niveles de alta actividad durante la vejez, felicidad y satisfacción por la vida provenientes de un alto nivel de involucramiento con el mundo y una continua interacción social (17).



### 2.2.13 TIPOS DE EDUCACIÓN

El término educación proviene del latín *educare* y significa guiar o formar. Es un proceso de socialización llevado a cabo por el ser humano, basado en la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, etc.

**Educación formal.-** Es aquella que el individuo aprende de manera deliberada, metódica y organizada. Este tipo de educación se lleva a cabo en un lugar físico concreto, y como consecuencia de la misma se recibe una certificación. La educación formal se recibe en colegios, universidades, institutos, etc.

**Educación no formal.-** Esta clase de educación se produce fuera del ámbito oficial u escolar y es de carácter optativo. De todos modos, su propósito consiste en obtener distintos conocimientos y habilidades a partir de actividades formativas de carácter organizado y planificado.



## **CAPÍTULO III**

### **OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los modos de vida de los adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de Tarqui del Cantón Cuenca 2014-2015, mediante la descripción de las formas de trabajo, consumo y perfil de Salud – enfermedad.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir los modos de vida como: trabajo, alimentación, escolaridad y recreación de los adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de Tarqui del Cantón Cuenca 2014-2015.
2. Identificar las formas de consumo que caracterizan a los adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de Tarqui del Cantón Cuenca 2014-2015.
3. Describir el estado de Salud-Enfermedad derivado de los modos de vida de adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de Tarqui del Cantón Cuenca 2014-2015.



## CAPITULO IV

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 Tipo de Investigación

Es una investigación Cual-Cuantitativa porque describe y analiza los modos de vida y su relación con el perfil de salud–enfermedad de los adultos mayores de la parroquia Tarqui.

#### 4.2 Tipo de estudio

El tipo de **estudio** es descriptivo, donde se detallan las características de los modos de vida y su influencia sobre el perfil de salud– enfermedad del adulto mayor de la parroquia Tarqui.

#### 4.3 Área de estudio

La investigación fue realizada en la Parroquia Tarqui ubicada al sur de Cuenca en la vía Panamericana. Los límites de la parroquia, zona Norte: Zona franca de Cuenca, al Sur: Cumbe y Victoria del Portete, al Este: El Valle, Quingeo y al Oeste: la parroquia Baños

#### 4.4 Universo

El universo estuvo conformado por 150 adultos mayores con una muestra de 62 ancianos que acuden al Subcentro de salud para ser atendidos.

#### MUESTRA:

$$N^o = \frac{N(1.96)^2 (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2 (N) + (1.96)^2 (0.5 \times 0.5)} \quad N^o = \frac{150(3.84)^2 (0.25)}{0.0025 (150) + 3.84 (0.25)} = \frac{144}{1.335} = 107$$

### Ajuste de Muestra.

$$M = \frac{m_0}{1 + \frac{m_0}{N}} = \frac{107}{1 + \frac{107}{150}} = \frac{107}{1 + 0,71} = 62$$

## 4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### Inclusión:

- Adultos mayores con edad igual o mayor a 65 años, que reciben atención en el Subcentro de Salud de Tarqui.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

### Exclusión:

- Personas que no firmaron el consentimiento informado
- Pacientes menores de 65 años y que no acudan al Subcentro de salud de Tarqui.
- Personas con problemas cognitivos.

## 4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

**Técnicas de Investigación.-** Las técnicas utilizadas para la investigación son: la observación participante, entrevista y grupo focal. Esta combinación de técnicas se realizó para triangular la información, ampliar la descripción y análisis del problema de investigación.

1. **Observación.-**El proceso de observación duró 40 horas, se realizó en las jornadas de trabajo de los adultos mayores. Durante la observación, nos involucramos en el desarrollo de las actividades como parte del proceso de trabajo para percibir las condiciones laborales, identificar los procesos peligrosos y protectores, además se observaron las



condiciones en las que viven los adultos mayores, especialmente la infraestructura de sus viviendas.

2. **Entrevista.**-Se recogió opiniones y criterios de los adultos mayores sobre la percepción de los riesgos de exposición que tienen, como miraban el ambiente laboral, las condiciones de vida, la dotación y uso de medios de protección, alimentación y condiciones de salud e instrucción educativa, para lo cual utilizamos el formulario de entrevista que se encuentra como anexo. Este formulario al ser aplicado a los adultos mayores, se pudo notar una dificultad eminente como es el analfabetismo, por lo que se debió ayudarles a contestar las preguntas al momento de ser escritas, sin embargo esto no represento mayores inconvenientes.
3. **Grupo Focal.**-Se obtuvo información de los adultos mayores sobre las características del trabajo que desarrollan, las formas de consumo y los problemas de salud que les afectan constantemente. Esta actividad la realizamos con la aplicación del formulario de aplicación al grupo focal.

**INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.**- Los instrumentos de la investigación son la guía de observación, el formulario de entrevista, historias de vida, formularios de control del estado de salud–enfermedad, cuadro de exámenes de laboratorio y batería de test para medir estrés y sufrimiento mental.

#### 4.7 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el procesamiento y análisis de la información se empleó el programa Microsoft Excel, donde se realizó la estadística descriptiva para el procesamiento de variables cuantitativas.

Para el procesamiento de variables cualitativas se utilizó el programa Word.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Dentro de los procedimientos éticos aplicados están la aprobación del Comité de Bioética, el permiso de las autoridades de Unidad Operativa en las que se desarrolló la investigación así como de los adultos mayores involucrados. Para el desarrollo de la investigación las personas involucradas firmaron el consentimiento informado, fue socializado el proyecto de investigación entre los participantes y los resultados obtenidos fueron procesados bajo normas de confidencialidad y protección de la identidad de los adultos mayores participantes en la investigación.

#### 4.9 ESQUEMA DE VARIABLES

1. Modos de Vida del Adulto Mayor
2. Perfil de Salud–enfermedad
3. Edad, Sexo.

#### CUADRO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	RESPONSABLES
Autorización y respuesta para el estudio en el Subcentro de Salud Tarqui	1 semana	Oficio	Directora de tesis. Estudiantes Investigadoras.
Coordinación con la Directora del Subcentro de Salud Tarqui para la recolección de datos.	1 semana	Ninguno	Directora del Subcentro de Salud Tarqui. Estudiantes Investigadoras.



<b>Recolección de datos</b>	4 meses	Formularios de: Observación, entrevista y grupo focal.	Estudiantes Investigadoras.
<b>Elaboración del informe final</b>	1 mes	Word 2010, Excel 2010, Información recolectada.	Estudiantes Investigadoras.

## CAPÍTULO V

## 5.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI SEGÚN SEXO Y EDAD CUENCA 2015.

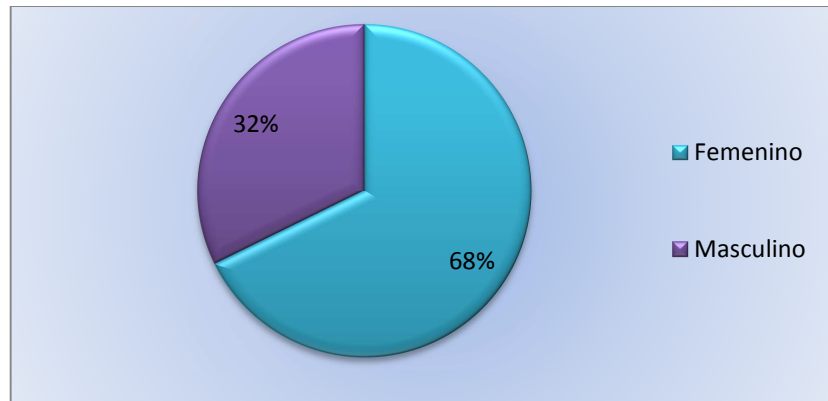
Edad	Sexo				Frecuencia	Total
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
65-70	3	5%	4	6%	7	11%
70.1-75	5	8%	7	11%	12	19%
75.1-80	2	3%	6	10%	8	13%
80.1-85	1	2%	10	16%	11	18%
85.1-90	4	6%	6	10%	10	16%
90.1-95	3	5%	8	13%	11	18%
+95	2	3%	1	2%	3	5%
<b>Total</b>	20	32%	42	68%	62	100%

**Fuente:** Formulario de entrevista.

**Elaborado:** Las Autoras.

**Análisis:** La tabla muestra que el 68% de la población adulta mayor corresponde al sexo femenino, el 16% son mujeres del grupo etario comprendido entre 80.1-85 años de edad, lo que confirma las estadísticas del INEC 2010, en donde las mujeres corresponden al mayor número de la población adulta mayor ecuatoriana siendo así que la esperanza de vida calculada es de 76 años, debido a la presencia de procesos protectores, como vivienda, tipo de alimentación lo que podría ayudar a recuperar la fuerza de trabajo y a crear condiciones favorables para un envejecimiento favorable.

**GRÁFICO 1. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2015.**



**Fuente:** Formulario de entrevista  
**Elaborado:** Las Autoras.

**Análisis:** De acuerdo al gráfico que nos indica la clasificación de los adultos mayores según el sexo, se puede observar que hay un predominio de mujeres con un porcentaje del 68% superior al de los hombres que es del 32% coincidiendo con las estadísticas del Instituto Nacional de Censos que afirma que las mujeres son el porcentaje mayoritario en relación con la población de los otros grupos poblacionales.

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD, SEGÚN SU RESIDENCIA. CUENCA 2015.**

RESIDENCIA	FRECUENCIA	% DE ÁREA GEOGRÁFICA
Zona Central	21	34%
Zona Periférica	41	66%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de entrevista.

**Elaborado:** Las Autoras.

**Análisis:** La tabla muestra que el 66% de adultos mayores residen en el área periférica, dependiendo de la distancia geográfica y el tipo de transporte que tenga para ir al centro de salud, la posibilidad de acceder de manera continua a los beneficios como: el acceso y la cobertura de programas, clubes y controles permanentes de su estado de salud, se ven limitadas por las razones expuestas anteriormente aún más si consideramos que la mayoría de adultos mayores viven solos y no tienen quien les traslade a la unidad operativa, esto se vuelve un factor para ahondar su marginación.



**TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI SEGÚN SU ESTADO CIVIL. CUENCA 2015.**

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	2	3%
Casado	37	60%
Viudos	23	37%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de entrevista.

**Elaborado:** Las Autoras.

**Análisis:** La tabla muestra que el 60% de los adultos mayores son casados, siendo esto un factor favorable para la vida de los adultos mayores, ya que la satisfacción en la vida del adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien, de acuerdo con el Censo 2010, las personas adultas mayores que viven acompañados de su esposo(a) o compañero(a) están satisfechos con la vida que llevan, siendo estos un 83%, lo que ayuda a un envejecimiento favorable.

**TABLA 4. CLASIFICACIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES, QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI SEGÚN EMPLEO. CUENCA 2015.**

<b>Empleo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Empleados</b>	23	37%
<b>Desempleados</b>	39	63%
<b>Total</b>	62	100%

**Fuente:** Formulario de entrevista.

**Elaborado:** Las Autoras.

**Análisis:** La tabla muestra que el 63% de los adultos mayores son desempleados sin pensión de jubilación constituyéndose en un proceso peligroso por no disponer de dinero para satisfacer sus necesidades básicas para el desarrollo social, factor indispensable para un envejecimiento digno incrementando la vulnerabilidad de este grupo etario y predisponiendo para la adquisición de enfermedades, elementos que tienen su sustento en el marco teórico de la investigación, sin embargo tienen un factor protector como es el cuidado familiar dependiendo económicamente de ellos. El 37% tienen una ocupación que les permite auto sostenerse y cubrir sus necesidades básicas mínimas pero que son insuficientes para mantener un envejecimiento saludable.

**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI SEGÚN LA OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑAN. CUENCA 2015.**

Oficios	Frecuencia	%
Agricultores	16	70%
Quehaceres Domésticos	6	26%
Comerciante	1	4%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de entrevista.

**Elaborado:** Las Autoras.

**Análisis:** Dentro de la ocupación que desempeñan los adultos mayores de Tarqui se encuentra como actividad principal la agricultura en el 70% de los casos. Según la clasificación de Jaime Breilh en las zonas rurales corresponde a una economía agrícola de auto subsistencia caracterizada por unidades de autoabastecimiento y mínima comercialización de los productos agrícolas, actividad que la realizan sobre una base productiva muy atrasada debido a las características de los instrumentos de trabajo que utilizan, que sumado a las características físicas propias de la edad como: pérdida de la capacidad de respuesta, enlentecimiento de su capacidad refleja, disminución de la masa muscular, disfuncionalidad de las articulaciones, es decir disminución de la funcionalidad del sistema locomotor, constituyéndose en un proceso peligroso para los adultos mayores, porque aumenta la predisposición a accidentes laborales como caídas, contracturas musculares, lesiones músculo esqueléticas.

El 4% tienen como actividad comerciante, que corresponde a vendedor ambulante, determinando como un subempleo que implica un salario no estable y por lo tanto la insatisfacción de las necesidades básicas, depende de lo que gana, lo que le coloca en un nivel de vulnerabilidad.

**TABLA 6. CLASIFICACIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI, SEGÚN LAS HORAS DE TRABAJO QUE REALIZAN. CUENCA 2015.**

Horas de Trabajo	Frecuencia	%
4 - 6	19	82%
6 - 8	1	4%
8 - 10	3	13%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de entrevista.

**Elaborado:** Las Autoras.

**Análisis:** De acuerdo con la tabla indica que el 82% de los adultos mayores trabajan 6 horas por día, constituyéndose en un proceso peligroso porque por sus características físicas deben tener un menor número de horas por el desgaste que representa el trabajo; la actividad laboral que desempeñan implica una combinación de movimientos, posturas y esfuerzos que se traducen en esfuerzo físico deteriorante, que producen fatiga, aparición de problemas músculo esqueléticos derivados del esfuerzo físico siendo necesario adoptar medidas de control para que el individuo descanse, recupere fuerza y continúe en sus labores en jornadas cortas de trabajo.

**TABLA 7. CLASIFICACIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI SEGÚN EL NÚMERO DE DÍAS QUE LABORAN. CUENCA 2015.**

DÍAS DE TRABAJO	FRECUENCIA	%
2 días	4	17%
3 días	4	17%
5 días	6	26%
7 días	9	39%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de entrevista.

**Elaborado:** Las Autoras.

**Análisis:** De acuerdo con el análisis existe un porcentaje elevado de adultos mayores 39% que trabajan los 7 días de la semana, siendo esto un factor de peligro para la salud del adulto mayor, ya que no cuenta con los periodos necesarios de descanso para recuperar fuerza y energía, además el estar expuestos al sol y el sobre esfuerzo físico pueden causar molestias músculo esqueléticas, cardiovasculares debido a la sobrecarga laboral sin un descanso oportuno ya que el adulto mayor se encuentra en un proceso de involución orgánica, que sumado a la falta de descansos laborales incrementa la vulnerabilidad a la enfermedad músculo esquelética y cardiovascular; el 17% trabajan solo 2 días porque no existen fuentes de trabajo, lo que incrementa la vulnerabilidad para la adquisición de problemas carenciales.

**TABLA 8. CLASIFICACIÓN DEL USO DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN SU TRABAJO DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI. CUENCA 2015.**

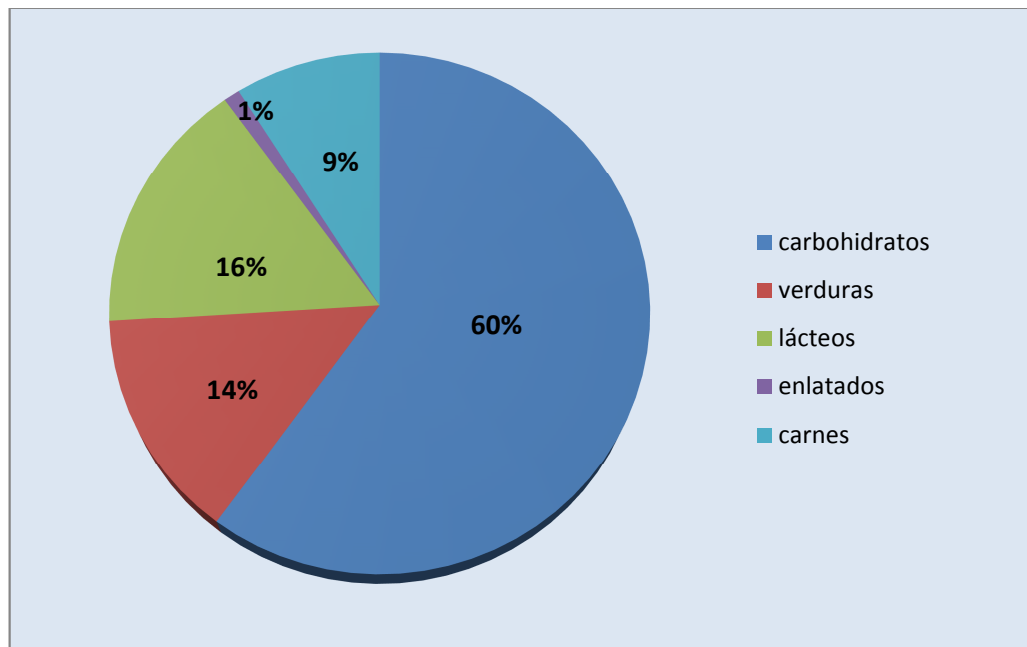
UTILIZACIÓN DE ROPA DE PROTECCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	4	17%
NO	19	83%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de observación.

**Elaboración:** Las Autoras.

**Análisis:** De acuerdo a la tabla podemos observar que el 83% de los adultos mayores no utilizan ropa de protección para su actividad laboral que en su mayor parte son agricultores quienes necesitan indumentaria que les proteja de las inclemencias climáticas, esto constituyendo un factor de riesgo, porque la falta de estos implementos le predisponen a sufrir heridas, caídas, quemaduras solares que resultan peligrosas en los adultos mayores por que la epidermis con el envejecimiento se adelgaza y las células no son reemplazadas con la misma celeridad que a edades más jóvenes. El tejido conectivo celular subcutáneo se vuelve menos flexible, las glándulas sebáceas reduce su funcionamiento produciendo resequedad de la piel volviéndola más áspera, produciendo agrietamientos que la vuelven vulnerable para cortaduras infecciones afectando la salud del adulto mayor.

**GRÁFICO 2. CLASIFICACIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI SEGÚN EL TIPO DE ALIMENTOS QUE CONSUMEN. CUENCA 2015**



**Fuente:** Formulario de entrevista

**Elaborado por:** Las Autoras.

**Análisis.-** El gráfico nos muestra que el 16% de las personas que participaron en nuestra investigación consume lácteos regularmente, el 14% manifestó alimentarse con verduras, en tanto que el 9% y 1%, señalaron que las carnes y los enlatados hacen parte de su dieta alimenticia diaria, respectivamente. Además, observamos que el 60% de las personas de la tercera edad encuestadas, tiene una dieta basada en carbohidratos (Anexo 4).

Si bien es cierto que su dieta alimenticia contiene lácteos, verduras, carbohidratos, carnes, entre otros, cabe señalar que los porcentajes encontrados de cada uno de los eslabones nutricionales, nos indican que la dieta alimenticia no cuenta con un adecuado balance nutricional, lo que podría derivarse en patologías como el sobrepeso, obesidad que al complementarse con otros factores de riesgo como la inactividad física, el



colesterol, la hipertensión pueden desencadenar enfermedades más serias de tipo cardiovascular, diabetes, gastritis, úlceras y/o cáncer gástrico.

Además, esta deficiencia de otros suplementos alimenticios como los oligoelementos, hace vulnerable al organismo ya que los adultos mayores van perdiendo el apetito, la función de deglución y masticación por la pérdida de piezas dentarias, siendo de vital importancia que la dieta sea variada y equilibrada y así se lograría mantener un óptimo sistema inmunológico.



**TABLA 9. CLASIFICACIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI SEGÚN LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS. CUENCA 2015.**

<b>NÚMERO DE VECES QUE SE ALIMENTAN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>DOS VECES</b>	7	11%
<b>TRES VECES</b>	50	81%
<b>CINCO VECES</b>	5	8%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario Entrevista

**Elaborado por:** Las autoras

**Análisis:** La siguiente tabla muestra que el 81% de la población de los adultos mayores se alimentan 3 veces al día y el 11% dos veces al día, el bajo número de ingestas diarias constituyen un factor de riesgo para problemas nutricionales pues el adulto mayor incrementa sus necesidades nutricionales según van pasando los años debido a la pérdida de la funcionalidad del tubo digestivo y la disminución de la capacidad de absorción de procesamiento de los alimentos por lo que es necesario aumentar la frecuencia de alimentación por los requerimientos nutricionales que demanda el adulto mayor, el 8% tienen un incremento de la frecuencia de alimentación lo que es un factor protector porque cumplen con el esquema de alimentación recomendado.

**TABLA 10 CLASIFICACIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI, SEGÚN LOS MEDIOS PARA LA OBTENCIÓN DE SUS ALIMENTOS. CUENCA 2015**

<b>FORMAS DE OBTENCIÓN DE ALIMENTOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Compran	3	5%
Producen	59	95%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de encuesta.

**Elaborado por:** Las autoras.

**Análisis:** Encontramos que el 95% de los encuestados, producen la mayoría de los alimentos que consumen, debido a que nuestra investigación se realizó en una zona geográfica donde sus pobladores son mayormente agricultores y ganaderos y por tanto cuentan con huertas caseras de donde obtienen hortalizas, papas, legumbres, hierbas aromáticas y crían sus animales de levante como pollos, cerdos, cabras y vacas.

Sin embargo, cabe resaltar que los adultos mayores pese a su limitada economía, se ven obligados a complementar su remesa comprando en las tiendas de abarrotes algunos productos como aceite, azúcar, sal, arroz, y embutidos. Tener una dieta balanceada con el adecuado aporte de proteínas y vitaminas, permitirá compensar la pérdida de masa muscular, evitar enfermedades propias de su edad y llevándolos a mantener un envejecimiento favorable.

**TABLA 11. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA TENENCIA DE VIVIENDA DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI. CUENCA 2015**

TENENCIA DE VIVIENDA	FRECUENCIA	%
PROPIA	51	82%
PRESTADA	11	18%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de encuesta.

**Elaborado por:** Las autoras.

**Análisis:** Según la presente tabla podemos observar que el 82% de la población de los adultos mayores cuentan con vivienda propia siendo este un factor importante que le permite al adulto mayor sentirse cómodo manteniendo su bienestar físico y psicológico. El 18% habita en vivienda prestada por familiares poniendo en riesgo la salud del adulto mayor a sufrir problemas de ansiedad ya que en casa propia se guardan recuerdos de su familia.

**TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI SEGÚN EL TIPO DE VIVIENDA QUE POSEEN. CUENCA 2015**

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	%
Adobe	37	60%
Ladrillo	5	8%
Bloque	16	26%
Tabla	4	6%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de la encuesta.

**Elaborado por:** Las autoras.

**Análisis:** Según la presente tabla el 60% de las personas encuestadas posee vivienda de adobe, la vulnerabilidad de estas casas a través de los años es mayor puesto que el polvo que se desprende, la humedad, el moho y parásitos que allí pueden anidar, generan un riesgo para el adulto mayor porque están propensos a sufrir enfermedades respiratorias; pero también este tipo de vivienda constituye un factor protector porque mantiene la temperatura del adulto mayor dentro de los valores normales otro factor de riesgo es el piso de tierra porque el polvo ingresa a la vías respiratorias causando enfermedades respiratorias, riesgo de sufrir caídas ya que el piso es irregular sumado al hecho de que el adulto mayor presenta alteración del equilibrio. La mayoría de los pobladores del área rural no tienen los recursos necesarios para edificar y sostener una vivienda sanitariamente segura, lo que explica que la mayor parte de esta población resida en viviendas edificadas de modo improvisado, con técnicas constructivas inapropiadas, carentes en muchos casos de instalaciones sanitarias básicas, convirtiéndose estas viviendas en reservorios de diversas enfermedades.

El 26% de las viviendas están construidas de bloque, el 8% de ladrillo y el 6% son de tablas. Un hogar saludable provee protección contra el calor y el frío, la lluvia y el sol, además de las plagas, la contaminación y las enfermedades.

**TABLA 13 DISTRIBUCIÓN SEGÚN INFRAESTRUCTURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI 2015.**

INFRAESTRUCTURA SANITARIA	TENENCIA DE LA VIVIENDA				TOTAL	
	PROPIA		PRESTADA			
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
VIVIENDA SALUBRE	35	56,45	7	11,29	42	67,74
VIVIENDA INSALUBRE	16	25,80	4	6,45	20	32,25
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>82,25</b>	<b>11</b>	<b>17,74</b>	<b>62</b>	<b>99,99</b>

**Fuente:** Formulario de observación.

**Elaborado por:** Las autoras.

**Análisis:** La presente tabla indica que el 56,45% de las casas propias y el 11,29% de casas prestadas son viviendas salubres, son lo que perciben los adultos mayores porque disponen de servicios básicos como agua potable, y luz, el 32,25% de las viviendas son consideradas insalubres porque no disponen de servicios básicos, poseen agua entubada, no hay alcantarillado solo letrinas. Las viviendas de los adultos mayores no garantizan medidas de promoción de salud y bienestar, esto debido a la falta de servicios como alcantarillado y recolección de basura, que al no ser eliminados de una manera adecuada generan la aparición de fauna nociva como roedores y moscas que son causantes de diversas enfermedades.

Las condiciones ambientales de un hogar promueven o limitan la salud de las personas. Las principales enfermedades que presentan los individuos que conviven en ambientes de un hogar con limitaciones ambientales son: enfermedades respiratorias (tuberculosis, influenza), enfermedades gastrointestinales como parásitos, diarreas. Estas patologías determinan una baja calidad de salud más aún si son niños o adultos mayores.

**TABLA 14. CLASIFICACIÓN SEGÚN EN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2015**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>% DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>
<b>Primaria</b>	5	8%
<b>Primaria incompleta</b>	40	65%
<b>Ninguno</b>	17	27%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de la entrevista.

**Elaborado por:** Las autoras.

**Análisis:** La tabla nos muestra que el 65% de la población de adultos mayores poseen primaria incompleta, situación que deja en evidencia la falta de acceso a bienes de consumo simple como la educación. Este porcentaje, sumado al 27% de adultos mayores que son analfabetos, nos indica la marginación social y vulnerabilidad que viven, por tanto es una situación que va en contra de lo que declara la Constitución de la República, la cual ampara y garantiza los derechos del adulto mayor. Apenas el 8% tiene primaria completa, que es un nivel de escolaridad bajo y no cuentan con el nivel mínimo de educación básica estipulado en las políticas públicas del Estado, pues solamente el 20% cuenta con la educación básica terminada.

Este nivel bajo de escolaridad es un problema de tipo social que se viene presentando desde nuestros ancestros a consecuencia de la difícil situación económica de las familias que muchas veces eran numerosas. Sin embargo, instituciones de reconocimiento mundial como la UNESCO, trabajan para cumplir con el objetivo de “erradicar el analfabetismo y fortalecer la educación continua para adultos.

**TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA QUE ACUDE AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI SEGÚN NIVEL DE RECREACIÓN. CUENCA 2015**

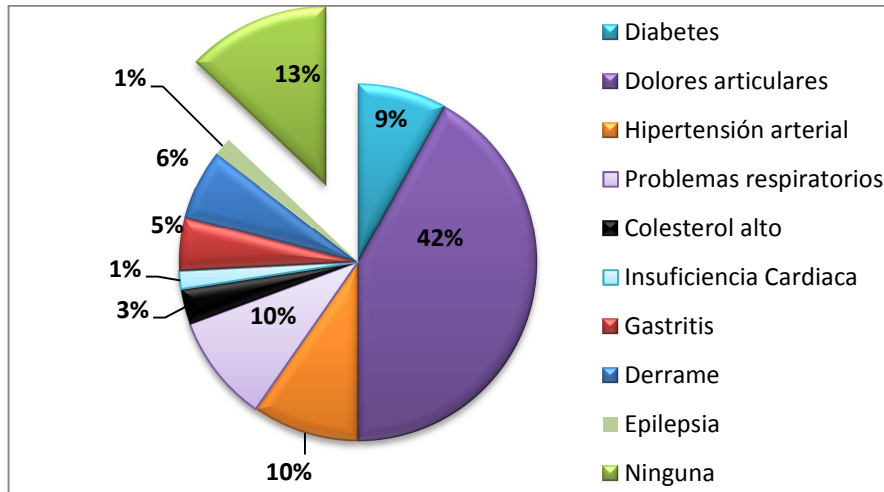
RECREACIÓN	FRECUENCIA	%
SI	20	32%
NO	42	68%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de la entrevista.

**Elaborado por:** Las autoras.

**Análisis.-** La presente tabla muestra que el 68% de los adultos mayores no realizan ningún tipo de actividad recreativa en sus tiempos libres, incumpliendo con esta actividad vital que permite la recuperación de la fuerza de trabajo, mejora la calidad de vida disminuyendo los niveles de estrés, pues la recreación eleva la producción de neuro-transmisores que estimulan la transmisión sináptica como las endorfinas, serotoninas y dopamina, manteniendo el nivel de trabajo celular o tisular y disminuyendo los niveles de ansiedad y fatiga, la falta de periodos de sueño disminuye la producción de la hormona de crecimiento relacionada con los procesos de restauración celular denominada somatotropina, la falta de conciliación del sueño impiden la producción de esta hormona inhibiéndose los procesos de restauración tisular.

**GRÁFICO 3. PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES QUE AFECTAN A LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI CUENCA 2015.**



Fuente: Tabla N° 17.

Elaboración: Las autoras.

**Análisis:**

En el gráfico observamos que el 87% de adultos presentan alguna patología, el 13% no tienen molestia alguna. La situación de la salud en un adulto mayor tiende a ser frágil debido al declive de su sistema inmunológico, la acumulación de sustancias nocivas a lo largo de toda su vida las mismas que intervienen en el funcionamiento normal de los órganos. La presencia de problemas psicobiológicos en esta edad se hacen evidentes.

Del gráfico el 42% de la población adulta mayor sufre de dolores articulares relacionados con los cambios en la concentración de líquidos y electrolitos propios de la vejez como disminución del líquido sinovial, resequedad de las articulaciones y pérdida de la flexibilidad, acompañado de la pérdida de la masa muscular, degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad siendo esto un problema inminente que dificulta su actividad laboral; también se presentan enfermedades no transmisibles como la hipertensión 10%, la diabetes 8%, colesterol 3%, insuficiencia cardíaca 1%, derrame 3% y gastritis todas estas enfermedades se ven favorecida con la edad. (Anexo 4)



## ANÁLISIS DEL GRUPO FOCAL

Para la investigación se utilizó la técnica del grupo focal, que permitió indagar las actitudes y reacciones de un grupo social conformado por 10 adultos mayores hombres y mujeres frente a interrogantes como las formas de trabajo, consumo y perfil de salud – enfermedad, obteniéndose los siguientes resultados:

### 1. ¿Cuáles son las formas de trabajo que ustedes tienen?

La forma de trabajo que tenemos es la agricultura, es lo único que sabemos hacer porque nos transmitieron los conocimientos desde nuestros padres, nos ayuda a subsistir porque no tenemos otra forma de vida, lo que produce la tierra nos sirve para alimentarnos en parte y otra parte vender para comprar arroz, pan, frutas cuando avanza, las mujeres combinamos la agricultura con los quehaceres domésticos, porque como vivimos solos no hay quien nos prepare la comida.

### 2. ¿Por qué sigue trabajando?

Para mantener a nuestras esposas, porque no tenemos otra forma de sobrevivir no tenemos jubilación ni bono solidario y no tengo como mantenerme ni atender mis necesidades, otros opinan que también lo hacemos como una ayuda para no estar sin hacer nada y no aburrirnos.

### 3. ¿Utiliza medidas de protección en su trabajo?

No siempre se utiliza medidas de protección, solo empleamos un sombrero para protegernos del sol o cuando llueve usamos botas y plásticos para cubrirnos y no mojarnos y para evitar que nos enfermemos de las gripes o de los pulmones, pero para las otras

cosas no usamos ninguna protección porque no tenemos y creemos que no es necesario.

#### **4. ¿Cuántas horas trabaja diariamente?**

Trabajamos un promedio de 6 a 8 horas en el campo, sembrando, desherbando, aporcando, cosechando, almacenando para guardar para la alimentación y cuando hay un excedente, se comercializa los productos en la feria libre, se inicia la jornada a las 6 de la mañana, con el desayuno, luego se sale al campo con una tonga que sirve de almuerzo y se regresa tarde, porque los cultivos y animales están lejos de la casa.

#### **5. ¿Cuál es la remuneración que recibe por su trabajo, le avanza?**

La mayoría de los que estamos aquí recibimos un jornal diario entre 7–13 dólares por día pero cuando son contratados por los vecinos o dueños de haciendas, pero algunos días tienen que trabajar su propia tierra y ahí no recibimos nada y nos mantenemos de lo que cosechamos, pero no es suficiente para cubrir las necesidades de alimentación, peor de salud cuando nos enfermamos.

#### **6. ¿Qué tipo de alimentación consume y produce?**

Los alimentos que más consumimos son el arroz, las papas, el mote, fideos, verduras que producimos nosotros mismos y pollito que nosotros mismos criamos en el campo, comemos mote, papas, arveja porque nosotros mismos sembramos y cosechamos, una parte guardamos para comer y la otra vendemos para comprar arroz, azúcar, fideítos.

**7. ¿Cuáles son las características de su vivienda?**

Todas nuestras casitas (ocho) son de adobe, con pocos cuartitos, ventanas pequeñas, están ya en mal estado porque son viejitas, pero son calientitas, no tenemos agua potable solo llega por la manguera, tienen letrina y pozo séptico que les dieron hace años, solo dos adultos mayores dicen tener casa el uno de bloque y el otro de ladrillo.

**8. ¿Qué medios de transporte utiliza frecuentemente?**

Nosotros utilizamos el bus porque no tenemos para transpórtanos en otro vehículo, sobre todo usamos para salir a la ciudad o ir del campo al centro de la parroquia para oír misa o ir al Subcentro de Salud una vez por semana o quincenalmente según la necesidad.

**9. ¿Cuáles son las enfermedades que le afectan más frecuentemente y quien le diagnosticó?**

La mayoría de los que estamos aquí tenemos dolor de los huesos, las coyunturas (articulaciones) ya por la edad y el frío de la parroquia, sobre todo nos duele en luna tierna, también tenemos gastritis, osteoporosis, fracturas por caídas, la gripe, quien nos dijo que teníamos esas enfermedades fue el doctor del Subcentro de salud.

**10. ¿A dónde acude cuando se enferma?**

Nosotros acudimos al Subcentro de salud de Tarqui porque esta cerquita y no tenemos dinero para ir a médicos particulares ni clínicas



Los resultados del grupo focal muestran como los adultos mayores viven con varias limitaciones y a pesar de ello tratan de sobrevivir, los datos narrados confirman los hallazgos de la entrevista y la observación de las condiciones de vida, trabajo y consumo realizado, estos resultados muestran una vez más la inequidad social que existe y que no se está aplicando la constitución de la república, ni el plan del buen vivir a pesar de ser un grupo vulnerable.

## 5.2 DISCUSIÓN DE CASOS

En México se realizó un estudio a 7322 adultos mayores de 60 años, de estos el 8% reportó el estado de salud como malo o muy malo, los factores asociados a la mala salud están la edad, sexo, la falta de seguridad social, divorcio, incapacidad, falta de una fuente de trabajo, consumo de tabaco, enfermedades, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas.

En Barcelona, España se realizó un estudio a 386 adultos mayores, siendo el 66,8% mujeres, predominando la edad de 65 – 69 años en un 25,5% y con un menor porcentaje la edad de mayores de 84 años en un 12,2%; el 15,9% de la muestra eran analfabetos, el 75,8% tenían estudios primarios, el 8,3% educación media o superior; en relación con la convivencia el 26,3% vivían solos, el 42,1% con su pareja, el 18,2% con otros familiares y el 4,7% en centros de atención geriátrica; las enfermedades o patologías crónicas prevalentes eran la hipertensión arterial en el 58,2% de los casos, dislipidemias en el 45,6%, patología articular limitante en el 37% de los adultos mayores y obesidad en el 32,6% de casos; polifarmacia presente en el 27,8% de los pacientes, además se observa un mayor deterioro en el caso de las mujeres en una relación de 28,7% frente al 19% de los hombres.

Otra investigación de tipo cualitativa realizada en Santiago de Chile sobre calidad de vida desde la perspectiva de los adultos mayores muestra que en el 60% de los casos tienen una calidad de vida deteriorada, la misma que está asociada a la falta de autonomía, falta de redes sociales, condiciones económicas deficientes, vivienda insalubre, falta de actividades recreativas y de ocio por falta de oportunidades y acceso a programas sociales. (4)

En esta investigación los datos no difieren significativamente: el 65% tienen primaria incompleta, el 27% son analfabetos y el 20% no llegan a la educación básica. De los 62 adultos mayores 23 trabajan, el 70% lo hacen en la agricultura, 19 adultos mayores trabajan de 4 a 6 horas. Las obras de

saneamiento básico en sus domicilios son mínimos el 67,74 tienen agua potable, el 32,25 no disponen de ninguna obra de saneamiento. En cuanto a su alimentación el 95% producen sus alimentos, debido a que la zona es rural y específicamente agrícola, el 81% de la población de los adultos mayores se alimentan 3 veces, el 60% de las personas de la tercera edad encuestadas, tiene una dieta basada en carbohidratos que pone en riesgo su salud debido a las patologías indicadas.

El envejecimiento plantea diversos problemas no solo de salud sino de inequidad, sobre todo en el área rural. Tanto en los anteriores estudios citados, como en nuestra investigación se evidencia que las condiciones sociales y la calidad de vida del adulto mayor son bajas con denominadores comunes como el analfabetismo y la pobreza.

En la actualidad se han creado programas de salud, estrategias y organizaciones de ayuda basadas en el “Buen Vivir”, pero los datos encontrados contrastan en su totalidad, estos evidencian la necesidad de reestructurar las estrategias gubernamentales de ayuda social y de salud a tan delicada problemática, de ahí la importancia de que se ejecuten estudios que demarquen la problemática real de la población de la tercera edad.

La vejez es la última etapa del ser humano y parte natural de la vida, los cambios psico-biológicos que se producen demandan de atención primaria, la creación de medios para apoyar la asistencia sanitaria a largo plazo de quienes padezcan pérdida de funciones es necesario y urgente para que se garanticen los derechos de una población vulnerable como los adultos mayores.

La investigación “Formas de Vida”, realizada en el Cantón Chordeleg en el año 2013 de autoría de Diana Morales, Jessica Montaña y Johana Montero, muestran que el 73% son de sexo femenino, el 27% de sexo masculino, la esperanza de vida es mayor en los varones de 80 a 85 años, el 53% tiene una ocupación mixta agricultura, avicultura, utilizan medios de protección



como sombrero, botas para cubrirse de las inclemencias del tiempo, las formas de consumo en el 56% tiene una alimentación hidrocarbonada sobre todo arroz, mote, papas.

Los resultados de nuestra investigación contrastan con los hallazgos de la investigación del cantón Chordeleg, pues solo el 68% son mujeres que corresponden al grupo etario entre 80,1 a 85 años, como observamos son las mujeres las que tienen mayor esperanza de vida antes que los varones, pero también existen coincidencias ya que los adultos mayores pertenecen al área rural y predomina la actividad agrícola en el 70% de los casos combinados con actividades avícolas como formas de auto-sostenimiento.

En esta investigación se plantea una realidad vivida por muchos adultos mayores en nuestro país como es la falta de ayuda social y asistencia sanitaria debido a sus condiciones socioeconómicas bajas y la falta de personal sanitario que les pueda asistir en su domicilio, sobre todo a los adultos mayores que se encuentran discapacitados, esta situación siempre ha afectado en su mayoría a las zonas rurales.

## CAPÍTULO VI

### 6.1 CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación sobre los modos de vida de los adultos mayores, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. El 68% de la población adulta mayor que participaron en nuestra investigación, corresponde al sexo femenino y el 32% al masculino. El 66% vive en la zona periférica y el resto en la zona central. El 60% son casados, el 37% son viudos y el 3% son solteros.
2. Las formas de trabajo que predominan en los adultos mayores (63%) es el desempleo, lo que genera que vivan en condiciones precarias de sobrevivencia y sin ninguna protección social. El 37% tiene trabajo lo que le permite auto-sostenerse y cubrir sus necesidades básicas; de ellos, el 70% son agricultores con jornada de trabajo diarias entre 6 y 8 horas, no usan ningún elemento de protección. Todas estas condiciones sociales, económicas sumadas a las características físicas propias del proceso del envejecimiento los convierten en una población vulnerable que ocasionan el aceleramiento de los procesos de envejecimiento.
3. La dieta alimenticia predominante (60%) se basa en mayores consumos de carbohidratos tales como arroz, papas y maíz (mote) y escasas verduras. Los adultos mayores se alimentan de esta manera por los bajos costos económicos de adquisición o porque los cosechan de sus propias parcelas. Sin embargo, el 16% consume lácteos regularmente, el 14% manifestó alimentarse con verduras, en tanto que el 9% y 1%, señalaron que las carnes y los enlatados hacen parte de su dieta alimenticia diaria, respectivamente.
4. El 65% de la población de adultos mayores poseen primaria incompleta, el 27% de adultos mayores son analfabetos, el 8% tiene primaria



completa. Estos valores deja en evidencia la falta de acceso a bienes de consumo simple como la educación y por tanto son un grupo social vulnerable.

5. El 68% de los adultos mayores encuestados, no disponen de ningún tipo de recreación, han dejado de lado diferentes actividades de ocio que se usan como medio para mantener o mejorar su salud, creando actitudes y hábitos saludables.
6. El 82% de adultos mayores poseen vivienda propia, de estas el 60% de casas son de adobe, el 67,74% tienen un solo servicio de salubridad que es el agua potable, el 32,25% no dispone de ningún servicio de salubridad Las condiciones ambientales de un hogar promueven o limitan la salud de las personas.
7. El perfil de salud-Enfermedad del adulto mayor de Tarqui se caracteriza por: dolores articulares (42%), 18% manifiesta tener problemas crónicos degenerativos como diabetes e hipertensión arterial, el 10% presenta problemas respiratorios. Este perfil epidemiológico está determinado por los modos de vida del adulto mayor y los padecimientos propios de la edad.

## 6.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda ampliar la cobertura de las políticas de salud y bienestar para el adulto mayor y sus familias con el fin de lograr un envejecimiento saludable y con dignidad.
2. Además, consideramos importante que las brigadas de salud lleguen hasta los domicilios de los adultos mayores, ya que la mayoría de ellos viven alejados de los centros de salud o se encuentran discapacitados y por tanto no se acercan regularmente a los chequeos de rutina.
3. De igual manera, recomendamos realizar programas de recreación enfocada a adultos mayores tales como bailoterapia, gimnasia y/o manualidades, que forjen actitudes, hábitos saludables y conocimientos pertinentes, con el fin de que el adulto mayor mejore y proteja su propia salud, la de su familia y comunidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Boletín Informativo. [Internet]. 2010. Ecuador. [Citado mayo 14 del 2015]. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_contentview.article.360](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_contentview.article.360).Ecuador.
- 2 Paredes, K. En Ecuador existe más de 1'300.000 adultos mayores. [Internet]. 2013. Ecuador. [Citado diciembre 25 del 2014]. Disponible en: <http://palabramayor.ec/index.php/component/k2/item/112-en-ecuador-existe-m%C3%A1s-de-1%E2%80%99300000-adultos-mayores>.
- 3 Negrete, M. Teorías del envejecimiento. [Internet]. 2012. [Citado febrero 5 del 2015]. Disponible en: <https://quieneseladultomayor.wordpress.com/teorias-del-envejecimiento/>
4. Parraguez, P. Calidad de Vida en Personas Mayores en Chile. Revista MAD. 2011 Mayo; I(24).
5. Montaña, J, Montaña, J y Morales, D. Formas de Vida de los Adultos Mayores del Cantón Chordeleg. [Internet]. 2013. Tesis de Graduación. Universidad de Cuenca. Ecuador. [Citado mayo 15 del 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4865/1/ENF175.pdf>
- 6 Gómez, A. Modo y Estilo de Vida. [Internet]. 2010. Cuba [Citado diciembre 25 del 2014]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/modo\\_y\\_estilo\\_de\\_vidalmodificado\\_diana.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/modo_y_estilo_de_vidalmodificado_diana.pdf)
7. Betancourt, O. Salud y Seguridad en el Trabajo. Segunda Edición. Quito: CEAS; 2004.
8. Jiménez, M. Seguridad e Higiene Industrial. [Internet]. 2010. Venezuela. [Citado enero 5 del 2015]. Disponible en: <http://sh-unacojedes.wikispaces.com/Proceso+de+trabajo>
9. Breilh, P y Miño J. Investigación de la Salud en la Sociedad. Segunda ed. Quito: CEAS; 2000.

- 10 LaDou J. Medicina Laboral y Ambiental. Tercera Edición. México: Manual Moderno; 2009.
- 11 Helpage International. Personas mayores y trabajo rural. [Internet]. 2014. España [Citado diciembre 20 del 2014]. Disponible en: <http://www.helpage.es/noticias/personas-mayores-y-trabajo-rural/>.
- 12 Holger, D. La Salud y la Seguridad en el Trabajo. Primera ed. Cuenca-Ecuador: Editores del Austro; 2007.
- 13 Breilh, Paz y Miño, J. Investigación de Salud en la Sociedad. Segunda Edición. Quito: CEAS; 2000
- 14 .Mendoza, J. La Salud-Enfermedad como hecho Social. [Internet]. 2006. Ecuador. [Citado febrero 11 del 2015]. Disponible en: [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fterceridad.net%2FPyPS%2FPor\\_temas%2F14\\_Proc-Pol\\_metodo%2FApoyo\\_3%2FBreilh\\_RepSocial.doc&ei=r\\_RpVduBB4ffsATf2oII&usg=AFQjCNGpSDX78WVIPD2jXOeYiRR4Gbr8eg](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fterceridad.net%2FPyPS%2FPor_temas%2F14_Proc-Pol_metodo%2FApoyo_3%2FBreilh_RepSocial.doc&ei=r_RpVduBB4ffsATf2oII&usg=AFQjCNGpSDX78WVIPD2jXOeYiRR4Gbr8eg)
15. Organización Mundial de la Salud-OMS. Boletín Informativo. . [Internet]. 2011. [Citado Enero 20 del 2015]. Disponible en: [http://www.tercera - edad.org/salud/enfermedades.asp](http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp).
16. Delgado, V. Nutrición anciano . [Internet]. [Citado Enero 28 del 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/ViviDelgadoCastillo/nutricion-anciano>
17. Jorge, GH. El envejecimiento: aspectos sociales. Segunda ed. Santiago de Chile: Edinea; 2011.
18. Canales F. Metodología de la Investigación Científica. 2010th ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. México: PALTEX; 2010.

## BIBLIOGRAFIA

1. González, U. El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas. [Internet]. 2004. Cuba [Citado diciembre 5 del 2014]. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31\\_2\\_05/spu14205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu14205.htm)
2. Betancur O. Salud y Seguridad en el Trabajo. 2 ed. OPS, editor. Quito: OPS/OMS/funsad; 2010.
3. Negrete, M. Teorias del envejecimiento [Internet]. 2008. Cuba [Citado Septiembre 15 del 2014]. Disponible en:  
<http://es.slideshare.net/EstelaGarca2/envejecimiento-psicologico>
4. Ladou J. Medicina Laboral y Ambiental. 3 ed. México: Manual Moderno; 2009.
5. Breilh Paz y Miño J. Investigacion de Salud en la Sociedad. 2 ed. Nacional CE, Corporación Editora N, editors. Quito: CEAS; 2000.
6. Canales F. Metodologia de la Investigacion Cientifica. Organizacion Panamericana dIS, editor. México: PALTEX;2010.
7. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012 – 2013. [Internet]. 2012. Ecuador [Citado febrero 27 del 2015]. Disponible en:[http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
8. Berkow et al. El Manual Merck". 9ª. Edición. Barcelona: Edit. Doyma 1994.
9. Breilh. J. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. España: Ediciones CEAS. 1994.
10. Anzola E., Galinsly D., Morales F., Aquiles R. y Sánchez M., La atención de los ancianos un desafío para los años noventa. Primera reimpression. Washington: Editor. BD.COPS 1997.
11. Álvarez P., Pazmiño L., Villalobos A. y, Villacís J., Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores 1. Ed. Quito Ecuador: Smart Marketing. Mayo 2010.



12. Alvares P. y Martínez D. Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud Para el Adulto Mayor. 1.Ed Quito Ecuador: OPS/OMS. Septiembre 2008.



## ANEXOS

### ANEXO 1

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

**“MODOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL  
SUBCENTRO DE SALUD TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2014-2015”.**

Nosotras, Liliana Pillajo y Nora Pulla, estudiantes de pregrado de enfermería de la Universidad de Cuenca, a través de la presente le solicitamos usted que nos colabore con una encuesta que le realizaremos sobre **“MODOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI DEL CANTÓN CUENCA 2014-2015”**, su colaboración nos servirá para realizar nuestro trabajo de investigación previo a obtener el título de licenciadas en enfermería.

Si acepta la participación le realizaremos una entrevista y le procederemos a la aplicación del formulario correspondiente, que no causara daño alguno a su persona. Posteriormente se consultará su historia clínica para tomar información adicional. Todo este proceso será llevado a cabo bajo estricta confidencialidad. Si se llegara a publicar los resultados del estudio será de manera general es decir la identidad de los participantes no será revelada, en caso de tomarse imágenes de su persona no será revelado su rostro, usted no será beneficiado ni perjudicado económicamente bajo ninguna circunstancia.

Yo,..... con CI.....  
declaro haber sido correctamente informada/o y haber tenido la oportunidad y el derecho de hacer preguntas por lo que en pleno uso de mis facultades mentales voluntariamente permito esta investigación y entiendo que me realizaran una entrevista, tomaran fotos que no será revelado mi rostro, la información obtenida será revelada de manera general es decir su identidad



no será revelada, no seré beneficiado ni perjudicado económicamente, en caso de no acceder a participar en el proyecto de estudio puedo retirarme del mismo sin ser perjudicado, los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Fecha: .....

Firma del paciente:..... Teléfono: .....

Nombre del participante.....

**Responsables**

Liliana Elizabeth Pillajo Criollo

Nora Patricia Pulla Ortega





## ANEXO 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DE CUENCA.  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.  
ESCUELA DE ENFERMERÍA.  
APLICACIÓN DE ENTREVISTA.**

### 1. Datos Generales:

Nombre y Apellidos:.....Edad:.....Sexo:...

Estado Civil:.....Procedencia.....

### 2. Tipo de Trabajo:

Usted trabaja si  no

En que.....

### 3. Qué tipo de materiales utiliza en su trabajo:

Pico, pala, arado

Ganado

Paja toquilla

Escoba

### 4. Indique cuantas horas trabaja al día:

4 horas al día

6 horas al día

8 horas al día

10 horas al día

### 5. Cuantos días a la semana:

2 días a las semanas

3 días a las semanas

5 días a la semana

7 días a la semana



**6. Durante su jornada de trabajo utiliza medios de protección:**

Si  no

Indique cuales

Botas de caucho

Guantes

Ropa de protección

Sombrero

Otros:.....

**7. Cada que tiempo usted cobra su salario:**

Jornal

Quincenal

Mensual

Ninguno

**8. La casa donde vive actualmente es:**

Propia

Arrendada

Prestada

Otro.....

**9.Cuál es el material de construcción de su casa:**

Ladrillo

Bloque

Adobe

Otros.....

**10. Cuáles son los alimentos que usted consume con más frecuencia.  
Indique cuales:**

Papas	<input type="checkbox"/>	leche	<input type="checkbox"/>	lechugas	<input type="checkbox"/>
Fideo	<input type="checkbox"/>	queso	<input type="checkbox"/>	col	<input type="checkbox"/>
Mote	<input type="checkbox"/>	huevos	<input type="checkbox"/>	nabos	<input type="checkbox"/>
Arroz	<input type="checkbox"/>	chancho	<input type="checkbox"/>	enlatados	<input type="checkbox"/>
Tallarín	<input type="checkbox"/>	cuy	<input type="checkbox"/>		
Cebada	<input type="checkbox"/>	carnes	<input type="checkbox"/>		
Pan	<input type="checkbox"/>	mariscos	<input type="checkbox"/>		
Máchica	<input type="checkbox"/>				

**12. Como obtiene usted los alimentos para su consumo diario:**

Compra

Regalan

Siembra

**1. Cuantas veces al día se alimenta:**

Una sola vez

Dos veces al día

Tres veces al día

Cuatro veces al día

Cinco veces al día

**2. Nivel de educación:**

Primaria.....Secundaria.....Superior.....

Primaria Incompleta.....Ninguna.....

**3. En sus momentos de descanso realiza actividad alguna como distracción.**

Sí  No



### Problemas de salud

4. ¿Usted padece de algún tipo de enfermedad?

Sí  No

Indique cual.....



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
INSTRUMENTO A APLICAR AL GRUPO FOCAL**

1.- ¿Cuáles son las formas de trabajo que ustedes tienen?

.....

2.- ¿Porque sigue trabajando?

.....

3.- ¿Qué medidas y medios de protección utiliza con más frecuencia?

.....

Cuántas horas trabaja y en que.....

Cuál es la remuneración que recibe por su trabajo

Le avanza para su mantención

Si.... No.... Porque.....

4. ¿Tipo de alimentación que tiene?

.....

5. ¿Qué medios de transporte utiliza?

.....

6.- ¿Cuáles son las características de su vivienda?

.....

7.- ¿Cuáles son las enfermedades que le afecta con más frecuencia?

.....

8.- ¿Cómo sabe usted que tiene esa enfermedad?

.....

9.- ¿A dónde acude usted cuando se enferma?

.....



**ANEXO 3**

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

**INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN**

1. Qué tipo de ocupación tiene usted

- Agricultor
- Ganadero
- Artesano
- Quehaceres domésticos
- Empleado público
- Empleado privado
- Otros.....

2. Qué tipo de medios de trabajo utiliza

- Pico, pala, arado
- Ganado
- Paja toquilla
- Escobas
- Otros.....

3. Los días que trabaja a la semana son:

- 5 días a la semana
- 3 días a la semana
- 2 días a la semana
- Otros.....



4. Las medidas de protección que utiliza durante su trabajo son:

- Botas
- Guantes
- Ropa de protección
- Mascarilla
- Ninguno

5. Los riesgos a los que está expuesto

- Caídas
- Cortes
- Quemaduras por el sol
- Mala alimentación
- Esfuerzo físico

6. Número de veces que come al día

- Una sola vez
- Dos veces
- Tres veces
- Cuatros veces
- Otros.....

7. Alimentos que consume con más frecuencia

- Arroz, papas, mote, fideo
- Carnes, legumbres, frutas. Pescado
- Papas fritas, grasas, comida chatarra

8. Tipo de ambiente en su trabajo

- Tranquilo
- Ruidoso
- Estresante
- Otro.....

## ANEXO 4

**TABLA 16. CLASIFICACIÓN DE LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE TARQUI SEGÚN EL TIPO DE ALIMENTO QUE CONSUMEN. CUENCA 2015**

ALIMENTOS	FRECUENCIA	%
Carbohidratos	62	35%
verduras	62	35%
Lácteos	41	23%
enlatados	2	1%
Carnes	8	5%
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100%</b>

Fuente: Formulario de entrevista  
Elaborado por: las autoras

**TABLA 17. PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES QUE AFECTAN A LOS 62 ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TARQUI. CUENCA 2015.**

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	%
Diabetes	5	9%
Dolores articulares	26	42%
Hipertensión arterial	6	10%
Problemas respiratorios	6	10%
Colesterol alto	2	3%
Insuficiencia Cardíaca	1	1%
Gastritis	3	5%
Derrame	4	6%
Epilepsia	1	1%
Ninguna	8	13%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

Fuente: Formulario de entrevista.  
Elaborado: Las Autoras





ANEXO 5

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

TIPO DE VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>FORMAS DE TRABAJO</b>	Son las formas de trabajo y consumo, su praxis, forma organizativa, cultura que caracterizan al grupo social docente y moldean la forma, regulan el funcionamiento orgánico y la capacidad de adaptabilidad del cuerpo a condicionantes internas y	1. <b>TRABAJO</b>	<b>Tipo de Ocupación</b>	Agricultor Ganadero Artesano QQDD Empleados Otros
			<b>1. MEDIOS DE TRABAJO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pico, pala, arado</li> <li>• Ganado</li> <li>• Paja toquilla</li> <li>• Escobas, equipos</li> </ul>
			<b>2. Jornada Laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración</li> <li>• Días de trabajo</li> <li>• Sin horario</li> </ul>
			<b>3. Medios de Protección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Botas, guantes</li> <li>• Ropa de protección</li> <li>• Mascarilla</li> </ul>
			<b>4. Salario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jornal</li> <li>• Quincenal</li> <li>• Mensual</li> </ul>



<b>MODOS DE VIDA</b>	Son las formas de vida, trabajo, consumo organización política, cultural que influyen positiva o negativamente sobre las estructuras anátomo-funcionales del organismo determinando estados de salud o enfermedad	<b>2. CONSUMO</b>	<b>1. Simple</b>	<b>a) Vivienda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenencia de la Vivienda</li> <li>• Infraestructura</li> </ul> <b>b) Alimentación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo</li> <li>• Acceso</li> </ul> <b>c) Educación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Instrucción</li> <li>• Capacitación</li> </ul>
<b>REPRODUCCIÓN SOCIAL</b>	La reproducción social aparece entonces como la categoría más apropiada que permite analizar el proceso productivo en su movimiento, estudiar la oposición dialéctica entre producción que incluye, al proceso laboral o proceso de trabajo y consumo individual relacionado con las formas de satisfacción de las necesidades básicas para la recuperación de			<b>d) Vestido</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso</li> <li>• Presupuesto</li> </ul> <b>e) Reposo</b> <b>f) Recreación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo</li> <li>• Frecuencia</li> </ul>
			<b>2. Ampliado</b>	<b>a) Recreación</b> Formativa <b>b) Organización</b> Formativa <b>c) Comunicación</b> y transporte



	la fuerza de trabajo, procesos dialecticos que expresan la realización histórica de un sujeto social consciente.			
<b>PERFIL DE SALUD ENFERMEDAD</b>	Es un proceso dialectico, histórico social, producto de la determinación social y de las características de trabajo y consumo que determinan las formas de vivir y enfermar de un grupo social. Expresa la presencia de un conjunto de contradicciones que operan en el interior de su organismo.	<b>TIPO DE ENFERMEDADES</b>	<b>TRASTORNOS MENTALES</b>  <b>TRASTORNOS FÍSICOS CRÓNICO DEGENERATIVOS</b>	a) Depresión b) Deterioro Cognitivo c) Demencia Senil  a) Osteo-articulares b) Musculares c) Diabetes d) Hipertensión Arterial
<b>Edad</b>	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació hasta la actualidad.	<b>Años</b>	<b>Años cumplidos</b>	70 80 90
<b>Sexo</b>	Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras en los organismos	<b>Masculino Femenino</b>	<b>Masculino Femenino</b>	Masculino si/no Femenino si/no



<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un persona sigue. Tiempo que duran estos cursos.	<b>Año de educación que curso.</b>	<b>Años de educación aprobados.</b>	Ninguna si/no Primaria si/no Secundaria si/no Superior si/no
--------------------	---	------------------------------------	-------------------------------------	---

## GLOSARIO

**Accidente cerebro vascular (ICTUS):** Es una enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que parte del cerebro no consiga el flujo de sangre que necesita, quedándose la zona sin riego, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, quedando paralizada la zona del cuerpo "dirigida" por esa parte del cerebro.

**Alzheimer:** Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. Se desconocen las causas, si bien se sabe que intervienen factores genéticos.

**Arterioesclerosis de las extremidades.-**Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

**Artritis.-** Es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Se suele detectar pasados los 40 años, en radiografías, sin que antes se haya presentado ningún síntoma.

**Artrosis.-**Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

**Claudicación intermitente:** Es un trastorno que se produce como consecuencia de la obstrucción progresiva de las arterias que nutren las extremidades. Las paredes de las arterias sufren lesiones, llamadas "placas



de ateroma", que se van agrandando dificultando el correcto riego sanguíneo y haciendo que los músculos produzcan ácido láctico. Caracterizado por la aparición de dolor muscular intenso en las extremidades inferiores, en la pantorrilla o el muslo, que aparece normalmente al caminar o realizar un ejercicio físico y que mejora al detener la actividad. Se observa con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer; generalmente en pacientes mayores de 60 años.

**Consumo ampliado.**-Acceso de los grupos sociales a bienes como la organización, políticas de seguridad, participación en la vida pública.

**Consumo simple.**-Es el acceso a bienes o la satisfacción de necesidades básicas del ser humano, como alimentación, salud, vivienda, vestido para asegurar la reproducción biológica, reponer la fuerza de trabajo y optimizar las condiciones de existencia de los grupos sociales.

**Demencia senil:** La demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas.

**Educación formal:** es aquella que el individuo aprehende de manera deliberada, metódica y organizada. Este tipo de educación se lleva a cabo en un lugar físico concreto, y como consecuencia de la misma se recibe una certificación. La educación formal se recibe en colegios, universidades, institutos, etc.

**Educación no formal:** Esta clase de educación se produce fuera del ámbito oficial u escolar y es de carácter optativo. De todos modos, su propósito consiste en obtener distintos conocimientos y habilidades a partir de actividades formativas de carácter organizado y planificado.



**El entorno laboral:** Definido como el medio ambiente en donde se desarrolla la actividad laboral, espacio donde interactúan los trabajadores y los medios de trabajo.

**El monitoreo epidemiológico de la salud.**-Es fundamental para conocer y prevenir las enfermedades en general y de manera particular los problemas de salud de las personas, incursionando en las condiciones que generan esas alteraciones a la salud. El MESAT debe incluir no sólo la recolección y análisis de los datos si no la difusión y utilización de esa información para planificar y llevar a, la práctica actividades de promoción y prevención en la salud de los trabajadores.

**El puesto de trabajo:** Se refiere a la herramienta, maquinaria mobiliario paneles de indicadores controles entre otros elementos de trabajo de acuerdo a la actividad a realizar.

**El trabajador:** Es una persona que proporciona sus servicios a otra persona, empresa o institución de acuerdo a sus dimensiones corporales, fuerza laboral, movimientos, educación, expectativas y otras características físicas y mentales.

**Gripe:** Se trata de una enfermedad "común" que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios.

**Hipertrofia benigna de próstata:** Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años.

**La vista:** El lente ocular se vuelve más grueso con el pasar del tiempo, también pierde su elasticidad haciendo el enfoque sobre objetos más difícil.



**Los procesos peligrosos para la salud en el trabajo:** Se refiere a todo aquello que durante el trabajo pueda afectar la salud de los trabajadores, sea que surjan de los objetos y medios, de la organización y división del trabajo o de otras dimensiones del trabajo.

**Medios del trabajo.**-Conjunto de instrumentos con que el hombre actúa sobre los objetos de trabajo. Son las maquinas que se utilizan para realizar los diferentes tipos de trabajo, van desde los rudimentarios hasta las maquinas modernas, dentro de los medios de trabajo se encuentra el transporte.

**MODOS DE VIDA.**-Son las formas de vida, trabajo, consumo organización política, cultural que influyen positiva o negativamente sobre las estructuras anátomo-funcionales del organismo determinando estados de salud o enfermedad.(6)

**Objeto del trabajo.**-Es la materia prima empleada por las personas como parte de su actividad laboral.

**Osteoporosis:** La osteoporosis es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio, volviéndose quebradizos y susceptibles de fracturas.

**Párkinson:** El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. El principal factor de riesgo del Parkinson es la edad.

**Presión arterial alta:** La presión arterial es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre contra las paredes de las arterias. La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardiaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal.





Conviene que nosotros mismos controlemos nuestra presión arterial además de llevar hábitos de vida saludables.

**Problemas visuales:** Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Es por ello que se aconseja a las personas mayores una revisión ocular una vez al año para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico. Los problemas de visión más frecuentes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, tensión ocular.

**Receptores somáticos:** Se ha detectado disminución en los receptores somáticos y se ha determinado que estos pierden sensibilidad con la edad. Los receptores del tacto y la temperatura en la mano decrecen en capacidad funcional los adultos mayores responden más lentamente a los cambios drásticos de temperatura haciéndoles más susceptibles al estrés térmico.

**Reproducción social:** explica los problemas de salud de los individuos. Es importante referirse a la no exclusividad del trabajo en la aparición de las enfermedades, el esfuerzo también debe estar centrado en un reconocimiento explícito de las relaciones de producción como determinante de salud-enfermedad.

**Sistema cardiovascular:** Debido al envejecimiento la tasa cardiaca decrece, como también declina la máxima tasa de consumo del oxígeno para realizar movimientos físicos exigentes.

**Sistema inter-tegumentario:** La epidermis se adelgaza con el envejecimiento ya que las células no son reemplazadas con la misma celeridad que a edades más jóvenes. El tejido inter-conectivo subcutáneo se vuelve menos flexible, la función de las glándulas sebáceas se reduce secando la piel y haciéndola más áspera.



**Sistema respiratorio:** En el envejecimiento hay una disminución significativa en el consumo de oxígeno. Con la edad avanzada el aire se distribuye en forma dispareja en los pulmones dificultando el intercambio de gases que ahí acontece.

**Sistema sensorial:** Con el envejecimiento los receptores especializados manifiestan declinaciones importantes:

**Sordera:** A menudo, los déficits auditivos se consideran "normales" en los ancianos, y, si bien es propio de la edad el desgaste en nuestras capacidades, siempre se debería poner solución, con las pruebas diagnósticas precisas y si es necesario, con la ayuda de un audífono que amplificará la señal sonora ayudándonos a recuperar parcialmente nuestra capacidad auditiva.

**Teoría de los radicales libres:** Daño celular acumulado producido por la exposición a radicales libres, sustancias altamente tóxicas que se generan como productos colaterales de la vida aeróbica

**Teoría del desgaste:** Las células y órganos se desgastan por los años de uso.

**Teoría del individualismo de Jung:** Conforme la persona envejece, hay un cambio de enfoque desde el mundo externo hacia una experiencia interior. Para envejecer exitosamente, el adulto mayor acepta tanto los logros como los fracasos.

**Trabajo.-**Para Oscar Betancur El trabajo no es solamente una cualidad biológica si no una característica del hombre como ser social que se encuentra relacionado con el proceso de transformación y dominio de la naturaleza



**Úlceras de decúbito.**- La aparición de úlceras de decúbito se relaciona con niveles de albúmina inferiores a 35 g/l. Existe una correlación entre niveles bajos de albúmina, gravedad de la úlcera y riesgo de sobre-infección. Así mismo también se ha observado que una mayor ingesta de proteínas se relaciona con una mejoría de la cicatrización de las úlceras.