



## Resumen

### Objetivo

Determinar las prácticas de estilos de vida en pacientes adultos mayores diagnosticados de hipertensión arterial esencial que asisten al Área 2 de Salud de Cuenca, 20011.

### Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo; en una muestra de 130 pacientes hipertensos de un total de 269. La muestra fue aleatoria, representativa y ponderada para cada Subcentro de Salud. El tamaño se calculó sobre la base de un universo conocido y para una investigación de diseño transversal que consideró una prevalencia de tabaquismo en la población general de 20%.

### Resultados

La edad promedio fue de 73.8  $\pm$ 8.4 años; el 75.4%, de sexo femenino; el 93.1% tenían un nivel de instrucción entre 1 y 6 años; el 63.8% residían en el área urbana y el 44.6% fueron diagnosticados de hipertensión arterial en los últimos 4 años. El 41.5% tenían sobrepeso; el 22.3% obesidad y el 30%, control inadecuado de la hipertensión arterial. El 81.5% fueron sedentarios, el 78.5% agregaba sal extra a las comidas, el 4.6% ingería alcohol y el 1.5% fumaba.

### Conclusiones

La mayoría fueron sedentarios y agregaban sal extra a las comidas y la minoría ingería alcohol o fumaba.

### Descriptores DeCS

Estilo de vida/Hipertensión/Epidemiología/Adulto mayor/Instituciones de salud ambulatoria/Cuenca-Ecuador.



## **ABSTRACT**

### **Objective**

Determine the lifestyle practices in elderly patients diagnosed with essential hypertension attending the Area 2 Health Cuenca, 2011.

### **Material and Methods**

We conducted a descriptive study, a sample of 130 hypertensive patients from a total of 269. The sample was random, representative and weighted for each health center. The size was calculated on the basis of the known universe and a cross-sectional research that found a prevalence of smoking in the general population of 20%.

### **Results**

The mean age was  $73.8 \pm 8.4$  years, 75.4%, female, 93.1% had an education level between 1 and 6 years, 63.8% residing in urban areas and 44.6% were diagnosed hypertension the last 4 years. 41.5% were overweight, obesity 22.3% and 30%, poor control of hypertension. 81.5% were sedentary, 78.5% adding extra salt to meals, drank alcohol, 4.6% and 1.5% smoked.

### **Conclusions**

Most were sedentary and added extra salt to meals and drank alcohol or smoked minority.

### **Keywords**

Lifestyle/Hypertension/Epidemiology/ Elderly/Ambulatory Care  
Facilities/Cuenca-Ecuador.



## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>página</b>
<b>Capítulo I</b>	
1. Introducción .....	1
1.2. Planteamiento del problema .....	5
1.3. Justificación .....	10
<b>Capítulo II</b>	
2. Fundamento teórico .....	15
2.1. Estilos de vida en adultos mayores .....	18
2.1.1. Antecedentes de la investigación .....	18
2.1.2. Definición de salud .....	22
2.1.3. Definición de adulto mayor .....	22
2.1.4. Envejecimiento .....	23
2.1.5. Cambios externos que ocurren en la vejez .....	24
2.1.6. Estilos de vida .....	26
2.1.7. Estilo de vida saludable .....	26
2.1.8. Actividad física para el adulto mayor .....	28
2.1.9. Alcohol y tabaco en el adulto mayor .....	32
2.1.10. Alimentación en el adulto mayor .....	35
2.1.11. Necesidades energéticas .....	36
2.1.12. Necesidades de proteínas .....	37
2.1.13. Necesidades de grasas .....	38
2.1.14. Necesidades de carbohidratos .....	38
2.1.15. Vitaminas y minerales .....	38
2.1.16. Actividad física .....	42
2.1.17. Factores socio-demográficos .....	44
2.1.18. Cumplimiento terapéutico en hipertensos .....	45
2.1.19. Factores emocionales .....	47
2.1.20. Hipertensión .....	48
2.1.21. Definición de hipertensión .....	48
<b>Capítulo III</b>	
3. Objetivos .....	49
3.1. Objetivo general .....	49
3.2. Objetivos específicos .....	49
<b>Autor</b>	
Juan Carlos Verdugo G.	3

---



<b>Capítulo IV</b>	
4. Metodología .....	50
4.1. Características de la investigación .....	50
4.2. Áreas de estudio .....	50
4.3. Universo y muestra de estudio .....	50
4.4. Matriz de Operacionalización de las variables .....	52
4.5. Procedimiento, técnicas e instrumentos .....	53
4.6. Análisis de la información .....	54
4.7. Aspectos éticos de la investigación .....	54
<b>Capítulo V</b>	
5. Resultados .....	55
5.1 .Cumplimiento del estudio.....	55
5.2. Características generales del grupo de estudio .....	55
5.3. Características clínicas del grupo de estudio .....	56
5.4. Estilos de vida del grupo de estudio .....	59
<b>Capítulo VI</b>	
6. Discusión.....	64
<b>Capítulo VII</b>	
7. Conclusiones y Recomendaciones .....	73
7.1. Conclusiones.....	73
7.2. Recomendaciones .....	74
Referencias bibliográficas .....	75
Anexos .....	79



Universidad de Cuenca

---



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

**“PRÁCTICAS DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES  
DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL EN EL  
ÁREA 2 DE SALUD DE CUENCA, 2011”**

*Tesis previa a la obtención del título de Médico.*

*Autor*

**Juan Carlos Verdugo García**

*Directora y Asesora*

**Dra. Marlene Álvarez S.**

**CUENCA, ECUADOR  
2011**



Universidad de Cuenca

---

## **RESPONSABILIDAD**

Los criterios y opiniones difundidas en el presente trabajo de investigación, son de absoluta responsabilidad del autor.

**Juan Carlos Verdugo García**



Universidad de Cuenca

---

## DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación realizado con dedicación, esfuerzo y perseverancia, dedico con todo mi aprecio a mis queridos padres Alfonso Verdugo y Mercedes García, a mi querida hermana Ligia, por su comprensión, paciencia, apoyo moral y económico brindado en todos los momentos de estudio.

A mis compañeros, amigos, amigas de estudio y trabajo fuentes de inspiración en todo momento de mis estudios.

Juan Carlos



Universidad de Cuenca

---

## **AGRADECIMIENTO**

Como autor de la presente investigación, expreso mi gratitud y agradecimiento a quienes han hecho posible la realización del presente trabajo.

A las autoridades, directivos y docentes de la Universidad de Cuenca de la Facultad y Escuela de Medicina que impartieron sus sabios conocimientos en las diferentes ramas del saber para la formación profesional de mi persona.

A Dra. Marlene Álvarez Tutora y Asesora del Trabajo Investigativo, que con sus sabios conocimientos y paciencia ha dirigido acertadamente el trabajo de investigación.

A la Directora del Área 2 de Salud de Cuenca, a los Directores de los Centros y Subcentros de Salud que fueron seleccionados por su colaboración e información brindada para la recolección de la información de los pacientes que asisten a estos centros de salud.

**El Autor**





## **CAPÍTULO I**

### **1.1. INTRODUCCIÓN**

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los problemas médicos – sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir en forma significativa la morbi letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebro vasculares y renales en edades geriátricas. Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han determinado que una de las causas principales del auge de esta enfermedad radica en los estilos de vida poco saludables que se adquieren a lo largo de la vida especialmente en la etapa escolar, momento en el cual se empiezan a definir conductas que repercutirían en la vida adulta (1).

Estudios epidemiológicos concluyen que varios factores de riesgo guardan relación con la hipertensión arterial, dentro de estos se citan la edad, el sexo, color de la piel, la herencia, las dietas ricas en sodio, los oligoelementos, los factores socioculturales, el alcoholismo, el hábito de fumar, la hiperlipidemia y las enfermedades como la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebro vascular, y la diabetes mellitus (2).



Esta situación hizo que varias naciones realicen estudios para determinar los estilos de vida predominantes en su población para poder desarrollar mejores programas preventivos, así como, orientar los recursos necesarios hacia la medicina curativa buscando reducir el costo social y del Estado para asumir acciones con eficiencia y eficacia (2).

Ante estos hechos, en virtud que no existen trabajos publicados sobre el tema en nuestra región se realizó la presente investigación que describe en un entorno lo callos denominados estilos de vida, en una población de adultos mayores portadores de hipertensión arterial y que por tanto reciben tratamiento especializado en algunas unidades de salud pública de la ciudad de Cuenca. Esta recopilación nos ha permitido ratificar algunos de los factores identificados como de riesgo para el desarrollo de la hipertensión arterial, una de las enfermedades crónicas más frecuentes que aqueja a la población mundial principalmente sobre la cuarta década de la vida (3).

Enfatizamos nuestra búsqueda en los siguientes factores: años de duración de la hipertensión, grado de control de la enfermedad, tipo de alimentación más frecuente, estado nutricional del hipertenso, actividad física realizada y consumo de licores y tabaco.



Algunos de los hallazgos concuerdan con lo que reporta la literatura médica en general y otros parecen destacar las particularidades de nuestro grupo de estudio. Estas particularidades podrían representar un rasgo poblacional, sin embargo no es posible ni afirmarlo ni desdeñarlo dado el diseño con el que se realizó el estudio. El valor de esta investigación debe aceptarse como un aporte toda vez que proporciona información útil para entender la realidad sanitaria local que comparte muchos elementos comunes con la realidad sanitaria del país y aun de otros países que se desenvuelven en condiciones similares a las nuestras.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿Un inadecuado estilo de vida... contribuye a la descompensación de la Hipertensión Arterial Esencial en los pacientes que acuden a la Consulta Externa de los Subcentros de Salud del Área N° 2 de Cuenca?**

En América Latina, el promedio de edad en el 2005 era de 72,4 años y se esperaba que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años fuera del 14,25% (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2004). En Colombia, las estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) revelan que el 6% de la población en el año 2005 era adulta mayor, es decir personas mayores de 65 años



(Organización Mundial de la Salud, 2002). Esta distribución en la pirámide poblacional implica cambios en la estructura social, económica y cultural; también cambios a nivel individual, en la familia, en la economía, en la salud y en el contexto social (1).

El envejecimiento, definido como un proceso natural de los seres que implica la disminución de la capacidad funcional del ser humano, en donde el deterioro biológico se manifiesta generalmente en enfermedades tanto biológicas como mentales provoca cambios en las personas y genera la importancia de profundizar en algunos conceptos como la salud física psíquica del adulto mayor influenciada por cambios físicos, por la interacción de factores sociales, genéticos, culturales y estilos de vida (2).

La salud, definida como el bienestar social, psicológico y físico de un individuo (Organización Mundial de la Salud, 1945), y como "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en ese medio", es una de las variables que más ha sido estudiada en el adulto mayor (3).

Por tanto, el estado de salud influye en las actividades en las que se pueda involucrar el adulto mayor en donde la presencia o ausencia de buena salud afecta su independencia y autonomía personal.



En la actualidad, los avances biomédicos han contribuido al tratamiento oportuno y/o rehabilitación de cierto tipo de patologías mejorando así el bienestar bio-psicosocial y aumentando la posibilidad de que las personas lleguen en mejores condiciones a la etapa de la adultez mayor (4).

En definitiva, el concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, éste percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente (5).

La salud del adulto mayor ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones en las cuales se ha encontrado que la aparición de ciertas patologías se relaciona con los diferentes cambios físicos, aunque si bien la llegada de la adultez mayor anuncia la disminución de algunas capacidades, existen variables con mayor influencia que afectan el estado de salud, entre ellas la percepción que se tenga de la misma, el acceso a los servicios socio-sanitarios, el apoyo familiar y social.

Por tanto, en diferentes investigaciones relacionadas con el tema no se han encontrado diferencias significativas en la variable salud, principalmente influenciadas por los controles mensuales que actualmente se están gestionando en los diferentes centros de atención en salud y por



el incremento de los grupos de la tercera edad que se convierten en un regulador social de la salud (2).

A pesar de la incidencia de enfermedades crónicas se están realizando programas específicos del manejo de la hipertensión, la diabetes y otras enfermedades con alta incidencia en los adultos mayores.

A lo anterior, Cáceres plantea “que el nivel de salud que tenga una persona se determina por factores ambientales, genéticos y el estilo de vida que haya tenido durante su ciclo vital. Vellas, considera que los adultos mayores con la llegada a la tercera edad y el cambio en su estilo de vida se ven enfrentados a un impacto psicológico que modifica sus comportamientos e ideas, ven disminuida la práctica de actividad física e intelectual, lo cual lleva a un menor contacto con otros que puede predisponer a la depresión y repercutir en la percepción del estado de salud”. (6)

De esta manera, teniendo en cuenta los resultados se puede decir, que la salud del adulto mayor debe entenderse desde su integralidad abarcando los cambios físicos de esta etapa e igualmente la percepción que el adulto mayor tenga de su estado de salud ya que esto puede repercutir en el mejoramiento de sus patologías y del estilo de vida que lleve. Lo anterior se relaciona con lo mencionado por Gallegos-Carrillo, García-Peña,



Reyes y Durán (2006), quienes plantean que el constructo que tenga el adulto mayor de su salud se ve afectado por factores de tipo educativo, socioeconómico y cultural; así como de los niveles de calidad de vida que existen en las diversas poblaciones. Por tanto, una percepción negativa del estado de salud puede llevar a la aparición de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades de vías urinarias, insuficiencia renal); agudas (problemas de salud en el último mes) y de funcionamiento (incapacidad, discapacidad o limitación física o mental).

(6)

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes Mellitus y la obesidad han incrementando su prevalencia de manera continua en el ámbito mundial y nacional. Esta situación se ha visto favorecida, según la literatura médica especializada, por la práctica de estilos de vida no saludables como el sedentarismo, los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol y el tabaquismo.

Estudios previos han señalado la importancia que tiene el fomentar los estilos de vida saludables en la población con el fin de reducir los índices de morbi – mortalidad de las enfermedades citadas, que se traduciría en un menor costo por concepto de salud para el individuo y su familia; así



como mantener la fuerza productiva de un país en pleno poder de sus capacidades. Desde este punto de vista, la presente investigación pretende obtener información equiparable a un diagnóstico local acerca de la influencia de estos factores sobre una población con un padecimiento crónico como la hipertensión arterial.

Claro está que las edades tempranas del ser humano son fundamentales para ir creando hábitos y conciencia sobre la importancia de la dieta, el ejercicio físico y todo lo relacionado con una vida sana, de tal manera que se vaya formando un individuo saludable y por ende con una menor incidencia de enfermedades crónicas en la edad adulta. Pero esto no significa que la población adulta deje de ser objeto de intervenciones con la finalidad de detener o por lo menos disminuir el efecto nocivo e impredecible de los factores relacionados con la hipertensión arterial.

De otro lado, la participación de los adultos mayores que acuden a los subcentros de salud es fundamental en el proceso de generar cambios en los estilos de vida; sin embargo, se hace necesario conocer lo más cercano posible esa realidad en esa subpoblación. Eso permitirá el establecimiento de políticas de promoción y acciones de prevención en este sector.





## Universidad de Cuenca

---

Es la primera ocasión que los subcentros de salud del Área 2 de Salud de Cuenca se incluyen en una investigación no como área administrativa sino a través de los usuarios de esta prestación médica. La utilidad que genere los resultados de la presente investigación no será de beneficio exclusivo para la población en donde se la realizó sino también para los estamentos de salud pública interesados en aplicar intervenciones para mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad.



## **CAPÍTULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1. ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES**

##### **2.1.1. Antecedentes de la investigación**

Las expectativas de vida han venido elevándose en las últimas décadas. Este aumento en la longevidad tiene repercusiones profundas para el envejecimiento saludable. El proceso de envejecimiento poblacional mundial constituye uno de los problemas demográficos actuales de mayor relevancia.

En el mundo, el número de personas de 65 años y más se habrá multiplicado aproximadamente cuatro veces entre 1955 y el 2025, su proporción frente a la población total va a duplicarse de 5.35% en 1965 a 10% en el 2025.

Entre las causas de esta explosión demográfica a escala mundial se señala el fenómeno de la longevidad, es decir, un aumento creciente de las expectativas de vida que actualmente ascienden a más de 76 años de



edad, planteándose como edad potencial de vida máxima de los seres humanos los 120 años.

El incremento de la población longeva determina un cambio en las necesidades y demandas de este grupo, ante las cuales las respuestas tradicionales resultan insuficientes constituyendo por ello una prioridad la identificación de aquellos factores que contribuyen a promover niveles de salud y bienestar en las personas de la tercera edad, específicamente en los longevos con vistas a incrementar su calidad de vida.

Sabemos que el envejecimiento es un proceso paulatino multicausal donde se destacan los factores hereditarios, medio ambientales y los que se refieren al estilo de vida que desarrolla el individuo. (7)

Los beneficios para la salud que se asocian con la práctica de los deportes y ejercicios aeróbicos con regularidad han sido ampliamente documentados por más de 30 años. No obstante, durante el último decenio han surgido nuevos datos científicos según los cuales la actividad física no tiene que ser vigorosa para aportar beneficios de salud. De hecho 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día o durante casi todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importante. Esta modesta cantidad de actividad física al ser frecuente puede reducir o eliminar el riesgo de sufrir enfermedades



## Universidad de Cuenca

---

cardiovasculares, diabetes Mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama. La actividad física moderada pero regular subir escaleras, caminar rápidamente, montar en bicicleta como parte de la rutina diaria puede reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimular la autoestima y mejorar la claridad mental.

La mayor parte de esos beneficios de salud han sido ampliamente divulgados y son conocidos en alguna medida por la población en general. Sin embargo, los estilos de vida sedentarios son los que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero. Tanto es así, que la inactividad constituye uno de los grandes factores de riesgo que explican las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades no transmisibles (ENT).

Según datos obtenidos de 24 países en la Región de las Américas, más de la mitad de la población es inactiva, es decir, no observa la recomendación de un mínimo de 30 minutos diarios de actividad moderadamente intensa por lo menos 5 días a la semana.

En varios países del continente americano, la proporción de la población cuya salud está en riesgo debido a una vida inactiva se aproxima al 60%. Se trata de una situación particularmente marcada en personas de 60 años de edad o mayores, quienes representan el sector poblacional que



## Universidad de Cuenca

---

más rápido crece actualmente en América Latina y el Caribe, con una tasa de crecimiento de 3,5 veces mayor que la de la población en general. Además estas personas mayores tienen la prevalencia más alta de ENT. Para esta gran población de personas con limitaciones de la movilidad y otros problemas de salud, la cual está aumentando los ambientes que fomentan un estilo de vida saludable y un mayor acceso al transporte público están cobrando creciente importancia.

En un estudio publicado en la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of PublicHealth* se presenta informes que por primera vez exploran la magnitud del sedentarismo en Brasil, Chile, México y Perú. En términos generales, este estudio informó de que más de las dos terceras partes de la población no practican los niveles recomendados de actividad física que hacen falta para practicar beneficios de salud. Esta alta prevalencia del sedentarismo con sus riesgos sanitarios, son especialmente alarmantes a la luz de los extensos y acelerados cambios del estilo de vida en zonas urbanas que fomentan la comodidad y el mínimo esfuerzo en todos los ámbitos de la vida, el trabajo, las tareas domésticas, el transporte y los pasatiempos. Actualmente el sedentarismo es una de las cinco causas de enfermedad y muerte prematura en nuestro continente (8).



### **2.1.2. Definición de salud**

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

Una definición más dinámica de salud, es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad (9).

### **2.1.3. Definición de adulto mayor**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), basados en la esperanza de vida para la ciudad de Medellín- Colombia, se entiende como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales como



resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales.<sup>10</sup>

#### **2.1.4. Envejecimiento**

En un sentido amplio, se entiende que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte (10).

La OMS refiere que en países sudamericanos el índice de envejecimiento se comporta con un crecimiento rápido en el grupo de 70 a 75 años en ambos sexos, fundamentalmente en Brasil, Chile y Costa Rica, por otra parte indica que la expectativa de vida para países como Canadá, EE.UU, Japón y los países bajos se sitúa para ambos sexos en más de 80 años (10).

Como decía hace muchos años Virchow. "No todos los tejidos del cuerpo nacen al mismo instante ni mueren todos al mismo tiempo; se encuentran tejidos juveniles en la extrema vejez y tejidos ya en senescencia en el feto". (11)

Hay autores que catalogan la edad efectiva de una persona según varios indicadores culturales, estos son:



- a. **Edad cronológica.** Corresponde al número de años transcurridos desde el momento del nacimiento hasta la fecha que se mida en un momento dado. Corresponde a la cultura de una sociedad convenir y determinar cuando una persona puede ser considerada vieja.
- b. **Edad biológica o funcional.** Viene determinada por los cambios anatómicos y bioquímicos que ocurren en el organismo durante el envejecimiento. El envejecimiento se define en función del grado de deterioro (intelectual, sensorial, motor, etc.) de cada persona.
- c. **Edad psicológica.** Representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y su capacidad de adaptación al medio.
- d. **Edad social.** Establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve. Fundamentalmente viene determinada por la edad de jubilación, dado que superando esta edad el papel social del individuo se pierde o cuando menos deja de ser lo que era. (12)

### 2.1.5. Cambios externos que ocurren en la vejez

En cuanto al peso corporal, los cambios que se producen obedecen a una pérdida de masa celular que puede llegar hasta 30% en el curso del proceso de envejecimiento, comprometido principalmente el tejido muscular esquelético. Sin embargo, tanto en el hombre como en la mujer





en edades medias hay una tendencia positiva al incremento del peso que se estabiliza alrededor de los 65 años después de los cuales el peso tiende a disminuir. El aumento de peso en las mujeres es generalmente mayor que en los hombres, en ellas se estabiliza 10 años más; la reducción de peso después de los 65 años.

Otros estudios indican que el sobrepeso moderado en el adulto mayor está asociado con una baja mortalidad y que por el contrario en el grupo de ancianos mayores de 80 años el adelgazamiento y la pérdida de masa magra constituyen un problema más importante que el sobrepeso. En general se considera que tanto la pérdida como la ganancia de peso son el mejor productor de mortalidad en este grupo.

La grasa corporal (como porcentaje del peso) se incrementa alrededor de 20 al 30% en los hombres y de 27% a 40% en las mujeres, la masa magra declina de los 60 a 50 kg en los hombres y desde los 40 a los 35 kg en las mujeres. Gran parte de la pérdida muscular en el envejecimiento es prevenible e incluso puede ser reversible.

Durante el envejecimiento hay una pérdida de la talla y de la masa esquelética. La estatura se reduce alrededor de 3 cm en el hombre y 4 cm en la mujer, lo que obedece principalmente a una disminución de la altura



de los discos intervertebrales a una pérdida del tono muscular y a otros cambios que se producen en la columna vertebral. (11)

### **2.1.6. Estilos de vida**

Por estilo de vida queremos denominar de una manera genérica, aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad dependiendo de su naturaleza.

Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas (13).

### **2.1.7. Estilo de vida saludable**

El estilo de vida saludable, son comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control, la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, entre otros.



## Universidad de Cuenca

---

Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad. El doctor Morales Calatayud entiende por estilos de vida, al conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad.

Entre los estilos de vida tenemos: los comportamientos de auto actualización, responsabilidad con la salud, ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés.

Aspectos como factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales; además de la historia biológica han sido identificados como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona, por lo tanto, establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo de manera estable, como aspiración de la promoción de salud constituye un reto para nuestra ciencia.

El análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud; además cada día



aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos de comportamiento. (14)

### ***2.1.8. Actividad física para el adulto mayor***

La práctica de actividad física regular, es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la tercera edad. Los principales beneficios evidenciados científicamente son: control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar, consumo máximo de oxígeno, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos; existe también, mejora del auto-concepto, auto-estima, imagen corporal, disminución del stress, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización.

La actividad física en los adultos mayores es indispensable para disminuir los efectos del envejecimiento y preservar la capacidad funcional del anciano. Existen varios tipos de actividades que pueden y deben ser promovidos en esta edad, algunos de ellos son:

- Actividades aeróbicas.



## Universidad de Cuenca

---

- Entrenamiento de la fuerza muscular.
- Hidrogimnasia. (15)

En esta etapa de la vida están indicadas de preferencia las actividades aeróbicas de bajo impacto, como caminar, nadar, bailar, la hidrogimnasia o bicicleta. El entrenamiento de fuerza es fundamental y puede ser prescrito con algunos cuidados inclusive en individuos hipertensos o con problemas cardiovasculares. El entrenamiento contribuye para mejorar la fuerza muscular, para la manutención de la independencia funcional, mejora la velocidad de andar y el equilibrio, disminuye la depresión, aumenta la densidad ósea y evita las caídas. Existen algunas situaciones clínicas específicas en que el entrenamiento de fuerza muscular debe ser prioritario al entrenamiento aeróbico como en los casos de artritis severa, limitación de la movilidad articular, amputación y pacientes con problemas de locomoción.

El envejecimiento está acompañado por una serie de alteraciones en todos los sistemas del organismo que afectan de forma importante la aptitud física, existe un declinado en el desempeño neuromotor con los años, siendo esta pérdida mayor en las variables de agilidad y fuerza de los miembros inferiores que la fuerza de los miembros superiores. La pérdida es de: 6% para la agilidad; 58% para la fuerza de los miembros inferiores y 28% para la fuerza de los miembros superiores.



Las investigaciones científicas muestran también que la pérdida de fuerza muscular es de aproximadamente 30% y del área muscular de 40% de la 2ª a 7ª década de la vida. Esta pérdida ocurre básicamente por la disminución en el número y tamaño de las fibras musculares, siendo que existe una pérdida diferenciada dependiendo del tipo de fibra muscular. Estas alteraciones comprometen significativamente la capacidad funcional del anciano principalmente todos los aspectos relacionados a velocidad, agilidad y tiempo de reacción.

Cuando personas hipertensas hacen ejercicio físico de forma continuada, la presión arterial puede bajar a niveles inferiores a los que se tenían en reposo, siendo el ejercicio más indicado los aeróbicos, por los efectos benéficos ya demostrados en algunos estudios realizados en personas hipertensas.

Tras un ejercicio de 10 minutos de trote en tapiz rodante, la presión arterial de hipertensos disminuye debajo de los valores pre-ejercicio. El ejercicio físico aeróbico o mejor el entrenamiento aeróbico se asocia con menor presión diastólica (entre 3 y 15 mm Hg).



El ejercicio físico puede disminuir la presión arterial debido a su efecto en las catecolaminas, suprimiendo el efecto simpaticomimético del sistema nervioso periférico. (16)

Las personas normo tensas tienen una mayor resistencia a la hipotensión post-esfuerzo.

El ejercicio físico también puede normalizar la función renal, disminuir la secreción de insulina (la influencia de la insulina puede causar una mayor retención de sodio en el riñón).

El ejercicio debe adecuarse a cada paciente porque también puede acarrear riesgos, tales como precipitación de eventos cardiovasculares, daños en tejidos blandos y articulaciones de los pies, pérdida visual, hipo e hiperglucemias y cetosis. Se recomienda un ejercicio aeróbico del 50% al 70% de capacidad aeróbica máxima, con una duración de veinte a sesenta minutos de tres a cinco veces por semana. Si un paciente puede ejercitarse diariamente, el beneficio sería mayor.

Debe consignarse en el expediente médico de todo paciente hipertenso la intervención sobre el ejercicio adaptado a cada uno según su edad, condición física y mental; así como enfermedades asociadas hechas por



el médico y de ser posible por un profesional en medicina física y rehabilitación. (17)

### **2.1.9. Alcohol y tabaco en el adulto mayor**

Los estudios epidemiológicos sobre alcoholismo revelan una prevalencia de desórdenes en la forma de beber hasta el 3% en hombres ancianos y 0.46% en mujeres; sin embargo en estudios comunitarios se observa que hasta 10% de los ingresos a las unidades de urgencias en mayores de 65 años se deben al abuso en el consumo de alcohol (18).

Además, se ha encontrado que debido a la falta de una distinción clara entre alcoholismo y abuso de alcohol, estudios previos han considerado como fuerte consumidor al anciano que ingiere más de dos bebidas diarias. Con esto la prevalencia llega hasta 6 por ciento. Según la Encuesta Nacional de Adicciones en México 2002, 72% de la población masculina y 42% de la femenina mayor de 18 años consume alcohol.

El consumo de alcohol en el anciano es menor que en la población adulta joven. Los factores que contribuyen a reducir su consumo en esta etapa de la vida son el mayor efecto psicológico con cantidades menores, los cambios fisiológicos y la pérdida de función social. Los factores asociados





con el mayor consumo de alcohol serían pertenecer al género masculino, estar desempleado y con independencia funcional. (19).

Las variables socio-demográficas más importantes asociadas con el consumo y abuso de sustancias fueron en primer lugar, el género masculino por ser hombres los que reportan el mayor consumo de sustancias, el nivel socioeconómico alto y la independencia funcional lo que podría reflejar que hasta ahora la función social juega un factor importante en el consumo de sustancias. (19)

Sin embargo también se ha observado mayor riesgo de abuso de alcohol en adultos mayores de 70 años que viven solos.

Solís y colaboradores reportaron en la población general hasta 20.5% de consumo de alcohol y 3.8% de prevalencia en síndrome de dependencia al alcohol en ancianos. En Estados Unidos, Adams y colaboradores reportaron una prevalencia de la problemática relacionada con la ingesta de alcohol en el anciano hasta 15%. Con instrumentos de tamizaje, como el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), y el Alcohol- Related Problems Survey (ARPS), se ha reportado una prevalencia de 11% para síndrome de dependencia al alcohol y hasta de 35% para problemática relacionada con su consumo por el anciano. (20).



Por otro lado la incidencia de alcoholismo en el Ecuador es del 23,5%, mientras que la prevalencia es del 15 al 30%. (21).

La exposición crónica al tabaco causa arterioesclerosis e hipertensión subsiguiente. En Ecuador la incidencia del tabaquismo es del 75% en los hombres y 25% en las mujeres, mientras que la prevalencia en el mismo país es de 32.4%. (22).

En Estados Unidos se estima que hasta 23.3% de las personas adultas fuman, se estima que para el año 2.030 habrá 10 millones de muertes anuales en todo el mundo por consumo de tabaco. Según el último reporte de ese país 10.5% de los hombres ancianos y 10.7% de las mujeres reportaron tabaquismo intenso. El sector salud mexicano gasta 30 mil millones de pesos en la atención de afecciones asociadas con el tabaquismo, en el país se estima que hay 16 millones de mexicanos adictos a la nicotina y su impacto en la población anciana se desconoce, el cual podría verse influenciado por la mortalidad prematura que ocasiona su consumo. En este país la prevalencia de consumo severo y actual de tabaco fue de 14.3%.

Los ancianos minimizan el impacto negativo del consumo de tabaco en su salud y el potencial beneficiario de dejar de fumar. Reportes en las últimas dos décadas revelan que dejar de fumar es beneficioso en todos los



grupos de edad, incluyendo ancianos. Algunos de estos beneficios son: disminución del riesgo de enfermedad cardiaca, enfermedad vascular cerebral y función pulmonar. El consumo de tabaco se considera actualmente un factor de riesgo prevenible de morbilidad y mortalidad prematura en gran parte del mundo; ha sido reconocido como una adicción de inicio en la adolescencia ya que se ha observado el efecto de los hijos o nietos de fumadores con mayor tendencia al uso y abuso de esta sustancia. (24).

La prevalencia de consumo de tabaco en Estados Unidos es de 10.6-15% en mayores de 65 años, sin embargo en los últimos años ha habido un descenso principalmente en los hombres, y se ha observado un mayor consumo en personas con menor nivel educativo y estado civil soltero.

#### **2.1.10. Alimentación en el adulto mayor**

Las medidas dietéticas no son capaces de detener el proceso natural del envejecimiento, pero sí de modularlo para alcanzar una excelente calidad de vida en los ancianos.

Una dieta variada, equilibrada y saludable es capaz de satisfacer todos los requerimientos energéticos. Sin embargo la ignorancia en la utilización de los principios elementales de la alimentación puede ser responsable



(por parte de los individuos y algunos colectivos) de muchas deficiencias nutricionales, utilización de dietas muy restrictivas por la presencia de enfermedades añadidas.

Varias son las causas que pueden alterar el estado nutricional de los ancianos:

- Alteración de la estructura de la boca.
- Disminución de las papilas gustativas y de la capacidad olfativa.
- Disminución de las secreciones salivares dificultad en la deglución.
- Tránsito esofágico más lento.
- Menor secreción ácida en el estómago y frecuente atrofia de su mucosa.
- Disminución del flujo sanguíneo, de la actividad y metabolismo hepáticos.
- Frecuente Intolerancia a la lactosa.
- Presencia de patología asociada y medicación.
- Aislamiento social y problemas económicos.
- Incapacidad física para la selección y preparación de los alimentos.

#### **2.1.11. Necesidades energéticas**

Las manifestaciones del envejecimiento son atribuidas a una pérdida celular y reducción de su metabolismo, lo que se traduce en una pérdida de vigor y de estado de salud. El metabolismo basal de las personas



desciende un 3% cada año entre los 20 y los 80%, junto a ello y como norma general las personas ancianas disminuyen la intensidad de la actividad física, todo ello se traduce en una disminución en general del gasto energético diario.

#### **2.1.12. Necesidades de proteínas**

La masa muscular disminuye a medida que aumenta la edad acompañándose de un aumento de la grasa corporal. Aunque se supondría decir, que la reducción de masa muscular daría lugar a una disminución proporcional del recambio de las proteínas, se ha demostrado que la renovación de proteínas corporales de un anciano no difiere significativamente de la del adulto sano estableciéndose en 0.75 g/Kg de peso/día.

#### **2.1.13. Necesidades de grasas**

El interés de las grasas en la alimentación radica en la prevención del proceso de aterosclerosis y los beneficios del mantenimiento de unos niveles de colesterol (y sus fracciones LDL y HDL) adecuados.

Los niveles de colesterol se elevan en el momento del nacimiento alcanzando un máximo a la edad de 50-60 años para ir descendiendo progresivamente con la edad. En individuos ancianos es conveniente reducir el consumo de grasas saturadas, al igual que en la población



general pero estableciendo unos objetivos no demasiado restrictivos que limiten y reduzcan su calidad de vida; así se debe asegurar una ingesta de grasas en torno a 30-35% del consumo calórico diario manteniendo un aporte correcto de grasas poli-insaturadas alrededor del 10% para asegurar la ingesta de ácidos grasos esenciales con la dieta y de vitaminas liposolubles.

#### **2.1.14. Necesidades de carbohidratos**

La dieta de las personas ancianas debe contener un 45-50% de carbohidratos, debe ser rica en fibra para asegurar una motilidad intestinal correcta, excepto en casos de contraindicación médica (diabetes), no es necesario reducir el consumo de azúcar en las personas de edad avanzada ya que puede ser una fuente útil y muy palpable de energía.

#### **2.1.15. Vitaminas y minerales**

Los requerimientos de vitaminas y minerales no cambian en las personas de edad avanzada con respecto de los adultos, sin embargo el calcio, hierro y zinc merecen una consideración aparte.

**2.1.15.1. Calcio.** Las necesidades de calcio en los adultos mayores tienen interés debido al problema de la osteoporosis (1 de cada 3 personas mayores de 65 años padece osteoporosis en nuestra sociedad). En la osteoporosis factores hormonales, genéticos y la ingesta de calcio son



fundamentales. Se ha de tener en cuenta que las necesidades de calcio están determinadas por el contenido de fósforo y proteínas de la dieta; el aumento de proteínas de la dieta tiende a incrementar las pérdidas urinarias de calcio.

El contenido inadecuado de calcio puede ser resultado de una ingesta deficiente de una pérdida de absorción del calcio por deficientes niveles de vitamina D (exposición a la luz e ingesta), o por exagerada eliminación producido por un aumento de las proteínas de la dieta y facilitado por el consumo de alcohol y cafeína.

Las recomendaciones diarias de consumo de calcio sugieren una ingesta de 1200 mg al día en el varón mayor de 50 años y de 1500 mg en la mujer pos menopáusica y siempre acompañadas de un aporte de vitamina D. No se recomiendan dosis de más de 2500 mg al día en ningún caso, por la posibilidad de producción de cálculos renales.

En la dieta, la leche y productos lácteos son las mejores fuentes de calcio.

**2.1.15.2. Hierro.** En el adulto mayor no es infrecuente la aparición de anemia; sin embargo la deficiencia de hierro no es siempre la causa, y muchas veces son debidas a alteraciones digestivas sobre todo por alteración en la absorción de vitamina B12, por eso antes de utilizar



suplementos de hierro es necesario investigar las posibles causas subyacentes.

En general las necesidades de hierro en el adulto mayor son las mismas que en los adultos más jóvenes.

**2.1.15.3. Zinc.** Aunque la absorción de zinc disminuye con la edad la deficiencia de este mineral no es frecuente en las personas con una alimentación saludable y equilibrada. Las recomendaciones dietéticas en el colectivo de personas mayores asciende a 15 mg/ día.

**2.1.15.4. Vitaminas.** En las sociedades industrializadas, el colectivo de mayor riesgo de deficiencias vitamínicas es el de los adultos mayores; la ingesta inadecuada puede producir alteración funcional, orgánica y clínica.

Las recomendaciones de vitaminas están siendo revisadas ya que se observa una gran proporción de personal mayores con niveles límite de vitaminas; el uso de mega dosis de vitaminas no está indicado como profilaxis ya que en las personas mayores la probabilidad de sobredosis es mayor. Una dieta variada, equilibrada, cubre las necesidades de minerales y de vitaminas de la mayoría de ancianos.





**2.1.15.5. Agua.** El porcentaje de agua corporal es mayor en los varones que en las mujeres y tiende a disminuir con la edad; un varón de 70 a 80 años tiene menos de un 60% de agua y una mujer de la misma edad, una cantidad inferior al 50%. En algunas personas mayores la causa más importante de reducción en el peso es debido a la reducción del porcentaje de agua, debido a los cambios en la composición corporal (disminución de la masa muscular e incremento de la masa grasa) que provocan cambios en la regulación de la temperatura corporal con aumento de la tendencia a la deshidratación. Cualquier alteración en el balance hídrico (relación entre la ingesta y pérdida de líquidos) puede poner en peligro la vida del individuo.

Es fundamental dar prioridad al seguimiento del balance hídrico de los adultos mayores por el peligro de deshidratación. En un adulto la pérdida de un 10% del agua del organismo determina trastornos evidentes y la de un 20% puede causar la muerte. Durante el envejecimiento existen varios factores que favorecen el desequilibrio del agua:

- Disminución de la sensación de sed provocada por el envejecimiento.
- Disminución de la apetencia y la tolerancia a determinados alimentos ricos en agua como la leche.
- Disminución del acceso al agua por pérdida de la autonomía física y psíquica.



- Temor a beber y consumir alimentos ricos en agua por miedo a incrementar el riesgo de incontinencia urinaria sobre todo por las noches.
- Dificultades en la deglución, alteración de la cavidad oral y sequedad de la boca.
- Dificultad en la manipulación de alimentos ricos en agua (por ejemplo sopas) por patologías como artrosis, hemiplejía y Parkinson.
- Aumento de la eliminación por el propio envejecimiento del riñón o debida a medicación o enfermedades como diabetes e insuficiencia respiratoria entre otras.

En los ancianos debe recomendarse y procurar su consumo como si de un medicamento se tratase. Debe recomendarse la ingesta de más de 8 vasos de agua al día (al menos 2 litros de líquido). Es preferible que su consumo se realice entre comidas para evitar la dilución del jugo gástrico y la saciedad temprana aunque se debe beber agua en las comidas pero no de forma excesiva, hay que evitar las aguas azucaradas, limitar las bebidas alcohólicas, las ricas en cafeína y cola. (23)

#### **2.1.16. Actividad física**

El estilo de vida físicamente activo mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, siendo el sedentarismo uno de los factores de riesgo



modificables de mayor prevalencia en la población. La calidad de vida relativa a salud explora la percepción que tiene el individuo de su salud y del impacto de las intervenciones sanitarias. Ser sedentario disminuye significativamente la calidad de vida relativa a salud óptima.

Dentro de los hombres con calidad de vida relativa a salud óptima, los no sedentarios están en mayor proporción que los sedentarios, en las mujeres el comportamiento es diferente lo que puede deberse a otros factores que no se controlaron. Al aumentar la edad disminuye significativamente la proporción de personas con calidad de vida relativa a salud óptima para no sedentarios y sedentarios. Los no sedentarios por su actividad adicional presentaron mayor porcentaje de estilo de vida saludable óptimo que los no sedentarios por su actividad principal (24).

La práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la Tercera Edad. Los principales beneficios evidenciados científicamente son : control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar, consumo máximo de oxígeno, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos; existe también mejora del auto-concepto, auto-estima, imagen corporal y



disminución del stress, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización. En esta etapa de la vida están indicadas de preferencia las actividades aeróbicas de bajo impacto, como caminar, nadar, bailar, la hidrogimnasia o bicicleta. (25)

### **2.1.17. Factores socio-demográficos**

#### **2.1.17.1. Edad**

La diabetes e hipertensión arterial en la mayoría de los casos no se relaciona directamente con la edad ya que estas enfermedades se pueden presentar tanto en personas jóvenes como en personas de edad avanzada, pero si es una realidad que conforme pasen los años la posibilidad de padecer estas enfermedades se vuelven más evidentes.

#### **2.1.17.2. Sexo**

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas.



### **2.1.17.3. Escolaridad**

La escolaridad de un adulto mayor es muy importante ya que tiene ventajas para aquellas personas que presentan algunas patologías como la HTA o la diabetes Mellitus, ya que le ayudará a llevar un mejor estilo de vida, una mejor calidad de vida, un mejor auto cuidado de su enfermedad y prevenir complicaciones que pueden ser mortales.<sup>21</sup>

### **2.1.18. Cumplimiento terapéutico en hipertensos**

Las recomendaciones terapéuticas que los pacientes con Hipertensión Arterial deben llevar a cabo son especialmente complejas muy por encima de la media de las enfermedades. En efecto deben cumplirse unos horarios y una dieta, los alimentos hidrocarbonados y salados deben ser medidos; la actividad física tiene que ser regulada, se precisan controles de la presión arterial varias veces al día, la medicación debe ser ajustada con frecuencia, etc. El cumplimiento terapéutico no es un estado o una característica permanente del paciente, sino una situación acotada en el tiempo y que depende de distintos factores. Las variables que afectan al grado de adscripción de los pacientes a las normas terapéuticas son múltiples.

1. La formación y las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud que los atienden.



2. El apoyo familiar que reciben, es muy difícil, por ejemplo: un adecuado cumplimiento dietético sino existen hábitos familiares saludables, horarios regulares de comidas, etc.
3. Aspectos sociales y medioambientales, así por ejemplo, si la persona pertenece a un grupo social que tiene en cuenta su salud realiza revisiones médicas periódicas, es mucho más fácil que se discipline en este sentido que en caso contrario.
4. Cuestiones económicas, la adscripción a las normas y en general el buen control, no está ligado al poder adquisitivo, de modo que personas con mayores recursos no tienen necesariamente mejor cumplimiento que las menos privilegiadas. No obstante, si existen serias dificultades o preocupaciones económicas inmediatas, es obvio, que el cumplimiento terapéutico adquiere un lugar secundario.
5. Variables cognitivas, la estructura mental de las personas que han alcanzado estudios superiores es más parecida a los profesionales de la salud que les atienden que la de aquellos que quedaron en la escuela primaria. En la medida que la comunicación se establece con mayor facilidad; también es más probable que lo sea la adscripción; de todos modos, no es cierto que como grupo sean cumplidores los universitarios que los analfabetos.
6. Variables culturales y morales, la disciplina es un valor en cierto modo ligado a la cultura. (26).



### **2.1.19. Factores emocionales**

Se ha observado que factores emocionales como la ansiedad, estrés y la depresión juegan un papel importante y complejo en la adaptación de la hipertensión arterial; estudios nos hablan que la interacción de depresión e hipertensión tienen un efecto sinérgico, que predicen mayor mortalidad, mayor incidencia de enfermedades tanto micro como macro vasculares. La depresión y ansiedad también se han asociado con pobre control metabólico.

Un estudio de seguimientos en adultos hipertensos mostró que con un mejor control de la presión arterial disminuían los síntomas de depresión y con mal control los síntomas se incrementaban. La depresión se ha encontrado que impacta significativamente a la adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial y sugiere que una evaluación de depresión debe incluirse en el protocolo de tratamiento de estos pacientes.

Otros estudios demuestran que mujeres pos-menopáusicas presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres pre-menopáusicas más aún que los hombres; además hemos encontrado que cuando el paciente recibe mayor apoyo de sus familiares y amigos los niveles de depresión, que la ansiedad es mayor a medida que el paciente va avanzando en su enfermedad. (27)



### **2.1.20. Hipertensión**

La Hipertensión Arterial, es conocida como “Muerte silenciosa”, debido a que no da síntomas hasta que se complica. La HTA es una condición muy frecuente. En España su prevalencia en adultos (mayores de 18 años) es de aproximadamente un 35% (llega al 40% en edades medias, al 68% en los mayores de 60 años) y afecta a unos 10 millones de sujetos adultos. (28).

Es una condición médica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial por encima de 140/90mmHg. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo (29).

La hipertensión arterial es uno de los trastornos más complejos con un componente genético asociado a la aparición de la enfermedad (28).





## **CAPÍTULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar las prácticas sobre estilo de vida en pacientes adultos mayores diagnosticados de Hipertensión Arterial Esencial que acuden a consulta externa en el Área 2 de Salud de la ciudad de Cuenca, 2011.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**3.2.1.** Clasificar el grupo de estudio según características socio - demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, lugar de residencia.

**3.2.2.** Agrupar a los adultos mayores según años de duración y grado de control de la patología.

**3.2.3.** Determinar en los adultos mayores el tipo de alimentación que consumen, la actividad física que practican, el consumo de alcohol y tabaco, así como el índice de masa corporal.



## CAPÍTULO IV

### 4. METODOLOGIA

#### 4.1. Características de la investigación

La investigación se cumplió con un diseño descriptivo.

#### 4.2. Área de estudio

El estudio se realizó en los Subcentros del Área 2 de Salud de la ciudad de Cuenca, ubicados en: Uncovía, Barrial Blanco, Checa, Chiquintad, San Pedro, Miraflores y Sinincay. A estos centros de salud acuden personas de escasos recursos económicos y la mayoría residentes en los sectores aledaños.

#### 4.3. Universo y muestra de estudio

El universo estuvo compuesto por 269 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial de donde se extrajo una muestra aleatoria de 130 adultos, que acuden a control periódico. La fórmula para el cálculo muestral con universo finito fue:

$$N = \frac{u * p * q * z^2}{(u - 1) * c + p * q * z^2}$$

Se consideró un error estándar de 2 y 5 con una prevalencia de hipertensión del 20.5%.



## Universidad de Cuenca

La ponderación de cada unidad operativa se hizo en función del número de usuarios de cada Subcentro de Salud. De la siguiente manera:

Subcentro de Salud	Usuarios	Muestra
Checa	20	10
Chiquintad	15	8
San Pedro	23	11
Uncovía	44	20
Barrial Blanco	74	33
Sinincay	34	18
Miraflores	59	30
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>130</b>

Luego se aleatorizaron las submuestras para la selección de sujetos:

### **Checa**

Tamaño poblacional: 20  
Submuestra: 10  
Sujetos seleccionados: 2, 3, 5, 7, 10, 11, 15, 16, 17, 18.

### **Chiquintad**

Tamaño Poblacional: 15  
Submuestra: 8  
Sujetos seleccionados: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 14, 15.

### **San Pedro**

Tamaño poblacional: 23  
Submuestra: 11  
Sujetos seleccionados: 2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 19, 21, 22.

### **Uncovía**

Tamaño poblacional: 44  
Submuestra: 20  
Sujetos seleccionados:  
1,3,5,6,12,14,17,18,19,21,23,24,2  
7,29,36,38,39,41,43, 44

### **Sinincay.**

Tamaño poblacional: 34  
Submuestra: 18  
Sujetos seleccionados:  
2,4,5,7,8,10,12,13,18,19,20,21,22  
,25,27,31,32, 34. 59,68,  
69,70,71,72,73,74,  
31,33,36,37,38,39,41,43, 44

### **Miraflores**

Tamaño poblacional: 59  
Submuestra: 30  
Sujetos seleccionados:  
1,2,3,4,6,9,10,14,16,17,18,21,22,  
25,27,28,29,31,32,33,34,37,38,39  
,42,45,46,49,51,56

### **Barrial Blanco.**

Tamaño Poblacional: 74  
Submuestra: 33  
Sujetos seleccionados: 2,4,5,7,8,12,14,15,17,19,23,25,27,30, 31, 33,36, 37,38,  
39, 40, 43, 44,45,50,53,54,56,57,59,68,69,70,71,72,73,74.



#### 4.4. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Tiempo	Cédula de Identidad	65 a 79 Más de 80
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas que diferencian a hombres de mujeres.	Características fenotípicas	Características fenotípicas.	Masculino Femenino.
<b>Estado civil</b>	Condición de mantener o no relación sentimental con otra persona.		Cédula de Identidad.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre.
<b>Nivel de instrucción</b>	Tiempo dedicado y aprobados en educación formal.	Tiempo	Años	Numérica
<b>Lugar de residencia.</b>	Región geográfica en la que vive los últimos 5 años.	Centro poblado urbano o rural.	H. Clínica	Urbano Rural.
<b>Años de Hipertensión Arterial Esencial.</b>	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la fecha de entrevista.	Tiempo	H. Clínica	< de 9 años > de 10 años
<b>Grado de control de la Hipertensión</b>	Condición de mantener la Presión Arterial Esencial dentro de los niveles normales.		H. Clínica	Buen control $\leq$ 140/90 Mal control $\geq$ 140/90
<b>IMC</b>	Relación entre el peso y la talla de las personas.	Relación peso/talla	Kg/tGalla <sup>2</sup>	<18.5 18.5-24.9 25-29.9 $\geq$ 30
<b>Ingesta de sal</b>	Dieta que una persona ingiere durante el día.		H. Clínica	Si No
<b>Actividad física</b>	Movimientos del cuerpo humano que varían en intensidad y frecuencia y son realizados con la finalidad de mejorar la salud.	Movimientos del cuerpo humano.	Sedentario Frecuencia (Días) Intensidad (Horas)	Si No
<b>Consumo de alcohol</b>	Ingesta de sustancia química en su forma metélica o etélica, que forman parte de muchas bebidas como cerveza, vino, aguardiente, etc; y cuyo metabolismo produce efectos tóxicos agudos o crónicos en el organismo.	Consumo de alcohol	H. Clínica Tipo de Bebedor.	Si No
<b>Consumo de tabaco</b>	Ingesta de sustancia vegetal por vía oral, o inhalatoria que produce efectos estimulante o deprimente.	Consumo de tabaco	H. Clínica Tipo de Fumador.	Si. No



#### **4.5. Procedimiento, técnicas e instrumentos**

Previa aprobación del Protocolo de Investigación por la Comisión de Asesoría de Tesis, el Honorable Consejo Directivo y la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca; luego de la autorización del Director del Área 2 de Salud y de los Directores de los Subcentros de Salud para la realización de la investigación; se procedió a realizar una prueba piloto con 30 pacientes aleatorizados para validar la consistencia interna del formulario y realizar las correcciones necesarias para la posterior aplicación.

Se acudió a la Consulta Externa de los Subcentros para la recolección de datos en un formulario diseñado exclusivamente para el efecto y que incluyó las siguientes variables: sexo, edad y estado civil que se constató con la cédula de ciudadanía, nivel de instrucción, que se averiguó con la entrevista, lugar de residencia, años de diagnóstico de la enfermedad que se revisaron en la ficha familiar actualizada, el peso y la talla se midieron el día de la consulta utilizando del Subcentro de Salud la balanza y el tallímetro respectivamente, previamente calibrados; para la toma de la presión arterial se aplicó los criterios de la JNC 7 (anexo 3), para el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol y de tabaco se entrevistó al paciente.



El formulario fue llenado por el investigador en los Subcentros de Salud donde se realizó la investigación.

#### **4.6. Análisis de la Información**

Una vez recopilada la información se ingresó en una matriz de datos de un programa de computadora, el SPSS versión 15.0 en español para Windows y se procesó mediante estadística descriptiva.

Las variables categóricas (sexo, grupo etario, estado civil, residencia, nivel de instrucción, alimentación, actividad física, consumo de alcohol y consumo de tabaco) fueron procesadas en número de casos (n) y sus porcentajes (%) y las variables continuas (años de diagnóstico de la enfermedad, presión arterial, IMC) se procesaron en promedio  $\pm$  desviación estándar ( $X \pm DE$ ).

Los resultados se presentan en tablas y gráficos, según la relevancia del dato.

#### **4.7. Aspectos éticos de la investigación**

La naturaleza del diseño con que se cumplió el estudio no requería la aplicación de consentimiento informado. Se garantizó a los pacientes el manejo de la información únicamente con fines académicos y se mantuvo



Universidad de Cuenca

---

el anonimato de los mismos porque no se recurrió a la identificación individual.



## **CAPÍTULO V**

### **5. RESULTADOS**

#### **5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO**

Se estudió a 130 pacientes hipertensos de un total de 269 que asisten a controlarse su patología en el Área 2 de Salud de la ciudad de Cuenca en los Subcentros de Checa, Chiquintad, San Pedro, Uncovía, Barrial Blanco, Sinincay y Miraflores.

#### **5.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO**

##### **Tabla Base**

Se elaboró una tabla base del grupo tomando en cuenta las variables demográficas incluidas en el cuadro N° 1.

La mayoría de los estudiados se encontraron en el grupo de edad entre 65 a 79 años, con una media de  $73.8 \pm 8.4$  y con mayor frecuencia del género femenino, en cuanto al estado civil la mayoría estaba representada por los casados, con un porcentaje mínimo se encontraron personas solteras, unión libre y divorciadas. En relación al nivel de instrucción, una mayor proporción se encontró de 1 a 6 años, y la mayor cantidad de estudiados residen en la zona urbana. (Ver tabla1)





**Cuadro N° 1**  
**Distribución de 130 Adultos Mayores Hipertensos según variables demográficas. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011.**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Grupos de edad</b>	<b>N° 130</b>	<b>(%)</b>
65 a 79 años	92	70.8
≥ 80 años	38	29.2
<b>Género</b>		
Masculino	32	24.6
Femenino	98	75.4
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	15	11.5
Casado	66	50.8
Divorciado	4	3.1
Viudo	42	32.3
Unión Libre	3	2.3
<b>Nivel de Instrucción</b>		
De 1 a 6 años	121	93.1
De 7 a 12 años	9	6.9
<b>Residencia</b>		
Urbano	83	63.8
Rural	47	36.2

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor

### 5.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO



### Estado nutricional

El promedio del IMC fue de 27.3. La mayoría de estudiados se encuentran con sobrepeso (41.5%) existiendo una razón de 2 a 1 con relación a la obesidad (22.3%); mientras que el peso normal (34.6%) y peso bajo presentan una menor frecuencia (Tabla 2).

### Cuadro N° 2

**Distribución del grupo de estudio según índice de masa corporal.  
Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011.**

Índice de masa corporal	Frecuencia	Porcentaje
<18.5	2	1.5
18.5 a 24.9	45	34.6
25 a 29.9	54	41.5
>30	29	22.3
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor

### Tiempo en años de evolución de la enfermedad

La mayor frecuencia se encuentra entre 1 a 4 años (58, el 44.6%). Mientras que de 5 a 9 años (32, el 24.6%) existe una razón de 2 a 1 en relación con 20 o más años de diagnóstico. (Tabla 3).



**Cuadro N° 3**  
**Distribución del grupo de estudio según años de evolución de la enfermedad. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011.**

<b>Años de evolución de la hipertensión arterial</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
≤ 4 años	58	44.6
De 5 a 9 años	32	24.6
De 10 a 19 años	27	20.8
≥ 20 años	13	10.0
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor

### **Grado de control de la hipertensión arterial**

La presión arterial sistólica promedio fue de 136 mm Hg y el promedio de la presión arterial diastólica fue de 79 mm Hg. 91 (70.0%) pacientes estaban controlados de su hipertensión arterial (cifras iguales o menores a 140 mm Hg la presión arterial sistólica e iguales o menores a 90 mm Hg la presión arterial diastólica) y 39, el 30.0 %; no tenían un control adecuado de su patología (Tabla 4)



**Cuadro N° 4**

**Distribución de 130 Adultos Mayores Hipertensos según grado de control de la hipertensión arterial. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011**

<b>Grado de control de la hipertensión arterial</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Controlado	91	70.0
No controlado	39	30.0
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor

**5.4. ESTILOS DE VIDA DEL GRUPO DE ESTUDIO**

**Ingesta de alcohol**

La minoría de pacientes (6, el 4.6%) manifestaron que ingirieron alcohol en el último mes previo a la entrevista y la mayoría (124, el 95.4%) no lo hizo; demostrando que existe una razón de 20 a 1 entre el no consumo y el consumo durante el último mes (Tabla 5).

**Cuadro N° 5**

**Distribución del grupo de estudio según ingesta de alcohol en el último mes. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011**



Ingesta de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	4.6
No	124	95.4
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor

### Días de ingesta de alcohol.

Del total de estudiados que manifestaron ingerir alcohol durante el último mes el promedio de días de ingesta fue de 3,16 días. Entre 1 a 6 días (83,3%) existe una razón 5 a 1 con relación a 7 o mas días (16.7%) de ingesta de alcohol. (Tabla 6)

### Cuadro N° 6

**Distribución de 6 Adultos Mayores Hipertensos según número de días de ingesta de alcohol en el último mes. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011**

Ingesta de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
1-6 días	5	83.3
≥ 7 días	1	16.7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor



### **Agregar sal extra a la comida**

Existe una razón de 3 a 1 entre agregar (78.5%) y no agregar (21.5%) una porción extra de sal a las comidas (Tabla 7).

#### **Cuadro N°7**

**Distribución del grupo de estudio según hábito de agregar sal a las comidas. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011**

<b>Agregan sal a la comida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	102	78.5
No	28	21.5
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor

### **Hábito tabáquico**

Existe una mayor frecuencia al no consumo de tabaco en relación a una minoría de pacientes (2, el 1.5%) que manifestaron fumar en forma diaria, de los cuales el promedio de consumo fue de 1.5 cigarrillos al día (Tabla 8).

#### **Cuadro N° 8**

**Distribución del grupo de estudio según hábito tabáquico y número de cigarrillos por día. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011**



Fuman	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	1.5
No	128	98.5
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>
<b>Número de Cigarrillos/día</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor

### Actividad física

Del total de estudiados la quinta parte (24, 18.5%) manifestaron realizar actividad física mientras que la mayoría (106, el 81.5%) no lo hicieron (Tabla 9).

### Cuadro N° 9

#### Distribución del grupo de estudio según actividad física. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	18.5
No	106	81.5
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor

### Tipo de actividad física, frecuencia e intensidad



La mayoría de los estudiados realizan como actividad física caminar, una mayor proporción lo realiza con una frecuencia de 1 a 3 días y un mayor porcentaje con una intensidad menor de 30 minutos y un promedio de 32 minutos al día (tabla 10)

**Cuadro N° 10**  
**Distribución de 24 Adultos Mayores Hipertensos según tipo de actividad física, frecuencia e intensidad. Área 2 de Salud del cantón Cuenca, 2011.**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tipo Actividad Física</b>	<b>N° 24</b>	<b>(%)</b>
<b>Aeróbicos (bailoterapia)</b>	10	41.6
<b>Caminar</b>	14	58.4
<b>Frecuencia</b>		
<b>1-3 días</b>	18	75
<b>&gt; 3días</b>	6	25
<b>Intensidad</b>		
<b>≤30 min</b>	15	62.5
<b>≥ 30 min</b>	9	37.5

Fuente: formulario de recolección de datos  
Elaboración: autor





## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Nunca es demasiado tarde para aprovechar los beneficios de un estilo de vida saludable, según un grupo de investigadores que halló que hacer ejercicio y no fumar a los 70 años aumenta enormemente las oportunidades de vivir hasta los 90 años.

Los científicos se centraron en lo que las personas pueden hacer en sus primeros años de ancianidad para vivir por más tiempo, mientras mantienen una buena salud y función física un tema crucial para muchos países como Estados Unidos y Europa del Norte en donde la población está envejeciendo (30).

Durante 25 años, los investigadores siguieron a 2.400 hombres cuyo promedio de edad era de 72 años al momento de ingresar al estudio, a principios de la década de 1980. Quienes ejercitaron dos a cuatro veces por semana, no fumaban, mantenían un peso corporal y presión normales y evitaban la diabetes, tenían un 54 por ciento de posibilidades de vivir hasta los 90 años. Cumplir con cualquiera de estas opciones por separado o combinadas también era beneficioso. Pero los varones que no hacían nada de ello, sólo tenían un 4 por ciento de oportunidades de alcanzar los 90, informaron los expertos en Archives of Internal Medicine (31).

Esto no es muy sorprendente pero sí tranquilizador, señaló la doctora Laurel Yates, de Brigham and Women's Hospital y la Escuela de Medicina de Harvard en Boston, quien dirigió el estudio. Todos estos factores son considerados de sentido común. No fume, controle su presión y su peso y



haga ejercicio, es con mucho la primera recomendación que debe hacer un médico familiar a todas las personas que sobrepasen los cincuenta y soliciten información sobre qué conducta adoptar para sentirse saludable, señalaron los autores del reporte.

Una de las investigadoras, la Dra. Yates, dijo que los mensajes relacionados con el estilo de vida suelen apuntar a las personas de mediana edad, por lo que sería útil observar que esas modificaciones puede ayudar también a los adultos mayores a agregar años de vida saludables.

Las modificaciones en el estilo de vida son las más difíciles de hacer. Es mucho más fácil tomar una píldora. Por lo tanto, la responsabilidad está en los individuos, expresó Yates. *Si se me pregunta qué es lo que haría, diría que son dos cosas: no fumar y hacer actividad física*, añadió la experta. Yates indicó que se ha demostrado que la genética determina sólo entre un 25 y un 30 por ciento de cuánto vivirá una persona y que otros factores juegan un papel más importante.

Los ancianos presentan un mayor riesgo ante las consecuencias nocivas del tabaco. El abandono de este hábito por parte de las personas mayores no sólo aumenta su esperanza de vida, sino que reduce su dependencia tanto física como psíquica (32).

El anciano, por las características inherentes al propio envejecimiento (cambios fisiológicos, presencia de algunas enfermedades, fragilidad etc.) presenta un mayor riesgo de enfermar por el tabaco y un mayor riesgo a morir por las enfermedades que este provoca o agrava y las complicaciones que produce.



De la mortalidad atribuible al tabaco, tres cuartas partes son debidas a cuatro enfermedades: cáncer de pulmón, EPOC, cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular, además de otras enfermedades como la tuberculosis y la depresión relacionadas con el consumo del tabaco (32).

Todas ellas tienen una gran prevalencia en el anciano, e incluso es en este grupo de edad donde se van a diagnosticar o comienzan a identificarse como enfermedades agudas o bien como empeoramientos de enfermedades crónicas ya conocidas, pero ahora con limitaciones funcionales, haciéndoles dependientes de una segunda persona (32).

Fumar potencia la mayor causa de ceguera en ancianos. El mayor estudio británico realizado hasta ahora sobre tabaco y ceguera en ancianos ha demostrado que el consumo de cigarrillos duplica el riesgo de degeneración macular. Esta enfermedad es la primera causa de déficit visual en las personas mayores de los países industrializados y constituye un problema muy frecuente en esta población (33).

Los investigadores se centraron en sujetos mayores de 75 años con algún problema de agudeza visual. Una vez controlada la posible interferencia de los resultados por otros factores, se observó que los consumidores de tabaco tenían algo más del doble de probabilidades de padecer degeneración macular (31-33).

Los ex fumadores presentaron más riesgo que la población sin este hábito tóxico. Sólo en sujetos que abandonaron los cigarrillos hace más de 20 años se llega a igualar el riesgo con los no fumadores. La degeneración macular es una enfermedad que afecta a una zona de la retina llamada mácula. Es justo en esta zona donde se acumula la mayor cantidad de receptores visuales por lo que cualquier lesión a este nivel provoca



grandes pérdidas de visión. En concreto se desarrolla un tipo de ceguera denominada "central" en la que el paciente es incapaz de ver el centro de una imagen (34).

Ante todos estos datos parece lógico pensar que la solución es fácil: abandonar el tabaco. Pero esto habitualmente no se realiza de un día para otro; suele ser un proceso más largo por el que va pasando el fumador a lo largo de varios años antes de que realice el intento definitivo de abandono de sus cigarrillos (34).

En estos intentos fallidos influyen otros aspectos como los enormes intereses económicos de las tabaqueras, la adicción que produce la nicotina entre sus consumidores, la recaudación de impuestos y la escasa sensibilización política ante este problema. Pero sobre todo, en la vejez influyen aspectos socioculturales adquiridos durante toda la vida y profundamente arraigados en la persona, que siguen perdurando muchas veces por el pensamiento erróneo de la sociedad e incluso del personal sanitario que dice "*a esta edad, ¿para qué sirve quitárselo? Mejor dejarle tranquilo y que el tiempo que tenga que vivir que lo viva feliz*" (34).

Dado que los pacientes mayores visitan al médico o algún marco sanitario varias veces al año y en un porcentaje mayor al del resto de la población, los médicos y los profesionales sanitarios constituyen piezas fundamentales para que el anciano deje el tabaco. Así, debe proporcionarse y hacerse accesible un tratamiento para dejar de fumar a todos los fumadores en todas sus visitas a la consulta (34).

Cobra clara relevancia en este caso, el papel claro, inequívoco y serio de los profesionales de salud (enfermería, médicos etc.), en proporcionar información adecuada sobre el tabaco a sus pacientes y, al mismo tiempo, si éstos son fumadores, tomar un papel activo en su decisión de dejar de



fumar y animar a que se respeten los espacios en los que está prohibida esta práctica (35).

En nuestra recopilación, en pacientes de la tercera edad, el hábito de fumar sólo se mantenía en el 1.5% de ellos, es decir dos pacientes en toda la muestra (tabla 8). Sin embargo, esta información parece poco confiable dada la circunstancia de que los pacientes incluidos en este estudio son el resultado de una época en que la población adquirió el hábito de fumar como uno de los retos de la juventud que valoraba en sus ídolos, representado siempre por “buenos fumadores,” los estereotipos como sinónimo de distinción y rebeldía. De esta manera, si bien ahora a partir de la sexta década de la vida ya no fuman habitualmente, sin duda lo hicieron hace más de veinte años y los daños que ocasiona el tabaco sobre el aparato cardiocirculatorio y respiratorio ya están establecidos. Por otro lado, nuestra población de estudio tuvo un predominio de mujeres en su distribución por sexo (tabla 1) y en las mujeres el consumo de tabaco, salvo contadas excepciones, casi nunca es comparable a los varones.

Los estudios epidemiológicos sobre la acción nociva del tabaco para el organismo establecen que el daño sobre las estructuras vasculares y pulmonares se instala a través de la permanencia de su hábito, es decir desde las etapas tempranas de la juventud hasta la tercera y cuarta décadas de la vida, de tal manera que sobre los cincuenta y más años todo lo que el organismo hará es mostrar los efectos de su impacto. Eso lleva a dos deducciones: primera, que es más importante la prevención de los hábitos nocivos y segundo que los organismos que no han llegado a sufrir las mismas repercusiones han respondido de manera diferente por su variación biológica individual que caracteriza a la mayoría de los seres



vivos. En este segundo acápite tiene fundamental importancia la dosis y el tiempo de ingestión de la sustancia adictiva en general.

En nuestro estudio no se buscó ninguna información sobre las secuelas del tabaquismo en el aparato cardiocirculatorio como tales, pero asumimos que la hipertensión arterial Identificada como factor asociado en todos los estudios epidemiológicos realizados hasta hoy, tiene un efecto causal importante aunque el diseño del estudio no permita emitir una conclusión de este tipo.

De hecho el 44,6 % por ciento de la población de estudio tuvo una evolución de su hipertensión en un lapso no menor de 5 años y el 10 por ciento de ese mismo grupo tuvo una hipertensión mantenida desde hace más de 20 años, como puede verse en la tabla 3. Eso corrobora la afirmación en el sentido que la acción deletérea del tabaquismo es innegable sobre el sistema cardiocirculatorio.

Al hábito del alcohol hasta hoy no se le ha sido imputado una relación causal sobre el aparato cardiocirculatorio, sin embargo en el ambiente clínico de la comunidad médica internacional el consumo excesivo de bebidas alcohólicas es considerado un importante factor de riesgo que hay que evitar como una medida importante entre las recomendaciones poli farmacéuticas para la terapéutica antihipertensiva. Considerando que los estudios epidemiológicos reciente le atribuyen a algunas sustancias del vino una acción protectora ante la posibilidad de un ataque cardíaco, la información médica precisa y exacta sin duda será ofrecida más tarde no tanto en defensa de las acciones benéficas del alcohol como tal sino de las sustancias que contienen cierto tipos de vinos. De hecho, la literatura médica actual ya divulga cierta información acerca del expendio de vino en “polvo” producida por la industria alimenticia chilena en el



sentido de beneficiarse de ciertos antioxidantes componentes de la fórmula de ciertos vinos. Hacen falta estudios serios al respecto.

Por lo demás, las características demográficas de nuestra recopilación identifican a un grupo cuya edad promedio es de  $73,8 \pm 8,4$  años con un 50,8% de casados (tabla 1), un nivel de instrucción entre 1 y 6 años para el 93.1% de ellos y una residencia en la zona urbana de la ciudad del 63.8% de la muestra. Desde el punto de vista demográfico se trata de una población portadora de una hipertensión esencial controlada en el 70% de ellos (tabla 3) y con una evolución de su padecimiento entre 1 y 19 años para el 90% del grupo (tabla 3).

Sobre el hábito de realizar ejercicios sólo uno de cada cinco pacientes aparece beneficiado (tabla 9) y la explicación estaría en que ese tipo de información como recurso para mantenerse saludable no estaba incluido formalmente en la instrucción escolar ni secundaria, peor en niveles superiores en donde se priorizan los aspectos técnicos de la formación profesional. De todas las personas que realizan ejercicio la principal actividad que realizan es caminar con una frecuencia de 1 a 3 días y una intensidad menor de 30 minutos al día.

En términos generales, realizar correctamente algún tipo de ejercicio, en la tercera edad, puede permitir no solo llevar una vida mucho más saludable sino que a su vez aliviar algunos síntomas comunes que van apareciendo con el correr de los años. El ser una persona mayor no implica estar sentado o acostado la mayor parte del día, el quedarse quieto y ocioso es una actividad que mientras más pasan los años debe evitarse, es por eso que a los mayores se les suele indicar siempre algún tipo de gimnasia pasiva o alguna actividad, que no sea competitiva, la



intensión es moverse para mantener estables todos los mecanismos corporales (36).

En la tercera edad, los ejercicios deben ser más bien personalizados y bajo control médico, aunque muchas personas llegan a esta etapa de su vida sin haber mantenido actividad física alguna desconociendo quizá los múltiples beneficios que tiene, entre ellos: disminución de los dolores articulares, mejora de la movilidad y la flexibilidad, aumento de la masa ósea y muscular que se va perdiendo con los años, incremento de la pérdida de peso, regulación de la actividad intestinal y reducción de la ansiedad y riesgo de depresión (37-40).

Por otro lado mejora los estados de insomnio y favorece los reflejos, y la coordinación, lo que en la tercera edad significa una mejoría en la autonomía de la persona, y mucho mejor aún si se realiza en grupo ya que favorece el ambiente social y las relaciones interpersonales (40).

Dentro de los estilos de vida saludables también se encuentra la ingestión de bebidas con contenido alcohólico, común a todos los licores que en algunas culturas están incluidos en el menú, y finalmente otro hábito no menos importante como el de agregar sal a la sazón habitualmente presentada al comensal. Para el primero de ellos, refiriéndonos al vino, se ha descrito un beneficio en favor de la disminución de los ataques cardiocirculatorios y es muy probable que la tendencia de los resultados publicados por investigaciones médicas serias no encuentre alguna razón contradictoria para desplazar su uso, pero en cuanto al hábito de agregar sal a las comidas todavía sigue siendo una restricción por su relación con la hipertensión. En nuestra serie, una población de estudio precisamente hipertensa, tres de cada cuatro pacientes demostraron tener preferencia por agregarla habitualmente (tabla 7). A criterio de los expertos ya no hacen falta más estudios para demostrar el papel de la sal en la evolución





y terapéutica de la hipertensión y ya se ha reglamentado su uso a través de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, sin embargo en realidades como la nuestra estas disposiciones sanitarias siguen siendo desconocidas por la mayoría de la población.

Si bien están claramente definidos los conceptos sobre estilos de vida saludables y quizá hasta comprendidos por el grueso de la población, todavía no se consiguen los beneficios porque sin duda no están observados por la mayoría de la comunidad. Estudios como el presente que por lo menos nos dan la oportunidad de enfatizar en su importancia son espacios válidos para reafirmar los criterios que debemos impulsar como trabajadores sanitarios en beneficio de la población y de nosotros mismos, pues los estilos de vida saludables vienen a ser verdaderos procesos sociales que incluyen tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona (41).



## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1. Conclusiones

- El concepto de estilo de vida saludable, al parecer, no ha logrado todavía la aceptación esperada tanto por los organismos encargados de la salud colectiva cuanto por las entidades de prestaciones médicas en las que sigue aumentando la demanda de servicios por el incremento de las enfermedades crónicas relacionadas precisamente con estilos de vida no saludables.
- Las prácticas no saludables asociadas a la hipertensión arterial, encontradas en el presente trabajo, guardan concordancia con lo que describe la literatura médica. El hallazgo más relevante fue que el 78,5% de los hipertensos agrega sal a sus comidas a pesar de que existe suficiente divulgación sobre su restricción aun en el paciente sano.
- Uno de los factores de mayor importancia para la salud cardiovascular pero casi inobservada en nuestro medio hasta hace unos quince años es la realización de actividades físicas. Apenas el 18.5% de los pacientes lo practican mientras que cuatro de cada cinco de ellos prefieren la vida sedentaria.
- Este hallazgo confirma la alta frecuencia del sobrepeso, pues el 63,8% de la muestra tuvo un Índice de Masa Corporal mayor a 25. La vida sedentaria y los excesos en la ingesta alimenticia son los factores que más contribuyen al sobrepeso.



- La ingesta de bebidas conteniendo alcohol y el hábito de fumar resultaron ser de baja frecuencia. Es posible que este hecho tenga relación con la presencia de una mayoría de mujeres en la muestra (75,4%), género en el que son muy poco frecuentes estos hábitos.

## 7.2. Recomendaciones

- Nunca es demasiado tarde para aprovechar los beneficios de un estilo de vida saludable por tanto debe recomendarse todo tipo de acciones en este sentido. Los estudios médicos aseguran que aun en la tercera edad estas prácticas tienen su beneficio, porque demostrado capacidad para frenar el incremento de las denominadas enfermedades relacionadas con los malos hábitos sobretodo los dietéticos.
- Los resultados obtenidos por investigaciones como la presente deben ser incorporados en una base de datos donde se maneja la información de interés sanitario. Así servirá no sólo como fuente de consulta al momento de intentar un diagnóstico situacional de la salud local, sino será útil también como un punto de partida cuando se desee realizar intervenciones en beneficio de la comunidad.
- Dentro de los objetivos de los programas de educación para la salud debe incluirse el sector poblacional de la tercera edad, no en espera de modificar la realidad de la salud individual de ellos sino para hacer gratificante sus postreros años de existencia. Se lo merecen.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uribe Rodríguez, Ana Fernanda; Valderrama Orbegozo, Laura Juliana; Molina Linde, Juan Máximo. Salud Objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Act.Colom.Psicol.*, Bogotá, v. 10, n. 1, June2007. Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000100008&lng=en&nrm=iso)>. access on 09Feb.2010.
2. Uribe, A.F y Buela-Casal, G. Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores. Granada: Universidad de Granada. 2006;124(3):230-2.
3. Durán, A., Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, M., Barco, M. y González, G. Incidencia de la enfermedad crónica en personas de la tercera edad en Colombia. *Geriátrica*. 2006;34(5):67-2.
4. Bazo, M.T. (s.f.). Personas ancianas: Salud y Soledad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2007; 47/89,193-223.
5. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Reyes, H, Duran L. Auto percepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Salud Pública*. 2006; 70(40): 792-801.
6. Valdez, E., Román, R., y Cubillas, M. Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y Salud*. 2006; 15(6), 127-133 -2.
7. Domínguez Domínguez, Geysa, Zaldívar Perez, Dionisio e Perez Pinero, Julia. Caracterización del estilo de vida de individuos con longevidad satisfactoria. *Psicol. Am. Lat.* [online]. maio 2006, no.6, p.10-60, Disponível na World Wide Web:<[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200004&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1870-350X.
8. Jacoby Enrique, Bull Fiona, Neiman Andrea. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2006 Oct 14(4): 223-225.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS) 1998. Promoción de la Salud: Glosario. URL: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/glosario.pdf>. (Consulta: Enero 18, 2010)
10. Restrepo M Sandra Lucia, Morales G Rosa María, Ramírez G Martha Cecilia, López L Maria Victoria, Varela L Luz Estela. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev Chil Nutr* 2006(3): 500-510. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75182006000500006.



11. Bengoa, JM. ¿Qué es envejecer? .*AnVenezNutr.* ene. 2001, vol.14, no.1, p.35-38 [citado 09 Febrero 2010]. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522001000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522001000100007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0798-0752.
12. Gutiérrez Rodríguez, Daniel Ramón;Gómez López, Leysa Margarita; Martínez Fraga, Aurora; Nepomuceno Padilla, Nancy.El envejecimiento constructo de toda una vida; Mexico. 2006 (Consulta 10 Enero 2010). disponible en: <http://www.plazadedeportes.com/hnnoticia.cgi>
13. Vives Iglesia, Annia Esther; Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción de vida actual y necesaria. *Revista Electrónica de PsicologíaCientifical*SSN: 2011-2521, vol. 9, n° 1, p. 20-26. <http://www.psicologiacientifica.com>
14. Bacon, F. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Scielo.* 2006;10(1)38-46: [http://www.scielo.cl/scielo.php?Pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?Pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext)
15. Aguilar-Navarro Sara Gloria, Reyes-Guerrero Jorge, BorguesGuilherme. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud pública Méx*[revista en la Internet].*Scielo.* 2007 Dic; vol. 10, n° 1, p. 10-16.[citado2010Mar23]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007001000005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000005&lng=es).
16. CaputoValériaGarcia, Bordin Isabel Altenfelder. Teenage pregnancy and frequent use of alcohol and drugs in the home environment. *Rev. SaúdePública*[serial on the Internet]. 2008June, 42(3): 402-410. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000300003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300003&lng=en) doi: 10.1590/S0034-89102008000300003.
17. Dearden Kirk A., CrookstonBenjamin T., De La Cruz Natalie G., Lindsay Gordon B., BowdenAli, Carlston Liz et al .Teens in trouble: cigarette use and risky behaviors among private, high school students in La Paz, Bolivia. *RevPanam Salud Publica*2007; 22(3): 160-168. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000800002&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000800002&lng=en).doi: 10.1590/S1020-49892007000800002.
18. Villalobos Aremis, Rojas Rosalba. Consumo de tabaco en México: resultados de las Encuestas Nacionales de Salud 2000 y 2006. *Salud pública Méx*[serial onthe Internet].2006;12(3): 100-118: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000800005&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000800005&lng=en) doi: 10.1590/S0036-36342007000800005.
19. Milne A, Potter J, Avenell A Suplementos energéticos y proteicos para ancianos en riesgo de desnutriciónFisterra. 2004 Oct. Disponible en : <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB003288-es.htm>



20. Mendoza S, Muñoz M, Merino J, Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Scielo*. 2006 Ene; 134 (1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000100009&script=sci_arttext)
21. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Factores sociodemográficos en adulto mayor. *Scielo*. 2006 Dic; 12 (2). [cited 2010 Mar 25]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci_arttext)
22. Mainar A, Bobadilla J, Gutiérrez J, Vargas M, Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en Atención Primaria, *Scielo*, 2006, vol.23, n.8, pp. 361-368. [cited 2010 Mar 29]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992006000800003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992006000800003&script=sci_arttext)
23. Mendoza S, Muñoz M, Barriga O, Et al. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos, *Scielo*, 2006, vol.134, n.1, pp. 65-7. [cited 2010 Apr 1]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992006000800003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992006000800003&script=sci_arttext)
24. Ramón J, Domínguez M, González J, et al. Hipertensión Arterial. *Fisterra*. 2009 Jul 27. Disponible en: [http://www.fisterra.com/GUIAS2/hipertension\\_arterial.asp](http://www.fisterra.com/GUIAS2/hipertension_arterial.asp)
25. Smith P. Dieta y el ejercicio pueden mejorar la hipertensión arterial. *Medline*. Disponible en: [http://m.medlineplus.gov/mlp/main/rw/web/spanish/news/fullstory\\_96201.htm](http://m.medlineplus.gov/mlp/main/rw/web/spanish/news/fullstory_96201.htm)
26. Lotufo PA, Gaziano JM, Chae CU, Ajani UA, Moreno-John G, Buring JE, et al. Diabetes and all cause coronary heart disease mortality among US male physicians. *Arch Intern Med* 2001;161: 242-7. [cited 2010 Mar 22]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1996000400011&lng=en.doi:10.1590/S0102-311X1996000400011](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000400011&lng=en.doi:10.1590/S0102-311X1996000400011)
27. Molina Díaz R, Martí Canales, Juan C., Séptimo informe del Joint Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2003;42:1206 p.8. <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html>
28. Cámara Mario I, Colonna Luis Alberto, Hipertensión. Definición. *Epidemiología*, 2005;22 Supl 2:3-8 p.5.2011. [www.seh-lilha.org/pdf/guia05\\_2.pdf](http://www.seh-lilha.org/pdf/guia05_2.pdf).
29. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *AMC* [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2011 Mayo 21]; 12(4): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009&lng=es).
30. Moreiras O., Van Staveren W.A., Cruz J.A., Nes M., Lund-Larsen K., Intake of energy and nutrients. *Euronut SENECA investigators, Eur. J. Clin. Nutr.*, 1991.



31. Masari L., Lessourd BM. Nutritional influences of immune response in healthy aged persons. *Mech. AgeingDev.* 1998;104: 25-40
32. Deplas A, Debiais F, Alcalay M, Bontoux D, Thomas P. Study of bone and nutritional status in an old population in a service of geriatrics. *AgeNutr*, 2002, 13:138-142
33. Prentice A, Nutrition and health of elderly : osteoporosis. *J. Nutr. HealthAging*, 2002, 6 : 282-286
34. Ortega R.M., Andrés P., Is obesity worth treating in the elderly ?, *Drugs Aging, prescribing in a falls clinic population*, *Age Ageing* , 2002, 31: 267-271. 1998, 12: 97-101.
35. Pardo G. Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento. *Rev. Cubana Invest. Biomed*, 2003;22 (1): 55-59
36. Cervera P., Clapes J., Rigolfas R. *Alimentacion y Dietoterapia*. 20 Ed. Interamericana. Mc- Hill, 1993
37. Ortega R y col. Cognitive function in elderly people is influenced by vitamin E status. *J Nutr*, 2002, 132: 2065- 2068.
38. Tur JA y cols. Dietary intake and nutritional risk among free-living elderly people in Palma de Mallorca. *The Journal of Nutrition Health & Aging*. Vol 7, 6, 2003.
39. Lo T , Roche AF, Martorell R. *Anthropometric Standarization Reference Manual*. Illinois: Human Kinetics Books: 1988, p177.
40. Aranceta J. Dieta en la tercera edad. En *Nutrición y dietética clínica*. Ed Salas Salvadó J, Bonada A, Trallero R, Engracia Saló M. Barcelona: Masson SA. 2000, P 107-117
41. Sastre A. Envejecimiento: Un reto socio sanitario para el siglo XXI. *Alim. Nutri. Salud*,2001; 31: 31-33



Universidad de Cuenca

---



**ANEXO 1**

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

**PRÁCTICAS DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES  
DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL: ÁREA 2 DE  
SALUD DE CUENCA, 2011”.**

**Instructivo**

Este es un cuestionario diseñado para conocer las prácticas de estilo de vida de los adultos mayores diagnosticados de Hipertensión Arterial Esencial. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses, y le informamos que no existe remuneración económica alguna.

Elija una sola opción marcando con una cruz (X) en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Fecha:

Sexo: M

Edad: ..... años.

F

Estado Civil:

Soltero

Casado

Unión libre

Viudo

Divorciado

Nivel de instrucción: \_\_\_\_\_Años.

Residencia: Urbano

Rural





Universidad de Cuenca

---

1.- Años de diagnóstico de la enfermedad: \_\_\_\_\_Años

2.- PAS.....mmHg.

PAD.....mmHg

3.- Talla: .....cm

Peso:.....kg.

4.- ¿Agrega sal a sus comidas? Si

No

5. ¿Realiza Ud. algún tipo de actividad física?

Si

No

En caso de hacerlo que actividad, cuántos días a la semana, y qué duración.....

6. ¿Bebe alcohol?

Si

No

¿Cuántos días bebió alcohol durante el último mes? \_\_\_\_\_días.

7. ¿Fuma?

Si

No

8. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_ cigarrillos.

Gracias por su colaboración.



Universidad de Cuenca

**ANEXO 2**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Juan Carlos Verdugo García, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, me encuentro realizando una investigación previa a la obtención del título de Médico. El estudio se titula: **“PRÁCTICAS DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL EN EL ÁREA 2 DE SALUD DE CUENCA, 2011”**, para la misma se necesita obtener información que se registrará en un formulario; esta información la podré adquirir si me ayuda con sus datos personales, contestando algunas preguntas que se le hará sobre sus hábitos en el estilo de vida y colaborando para la toma de medidas corporales como talla (se realizara sin zapatos en posición erecta) y peso ( se realizara sobre una balanza con ropa ligera y sin zapatos); así como toma de la presión arterial (se utilizará una tensiómetro en posición sentada), procedimientos que no le causará ningún daño.

Es importante informarle que se realizará una prueba piloto del formulario y una posterior la aplicación del formulario final.

La recolección de estos datos no le hará ningún tipo de daño, será de absoluta confidencialidad, utilizada solo por las personas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca que participan en el desarrollo de esta investigación. En caso de alguna duda que tenga usted está en todo el derecho de hacer las preguntas necesarias y si por alguna razón no desea colaborar con nosotros no será obligado.

Yo,....., autorizo a Juan Carlos Verdugo G., a que realicen las preguntas necesarias para la recolección de datos, las mismas que constan en un formulario y la toma de mi peso y talla.

He sido informado/a de la finalidad del estudio, de los riesgos y beneficios.

Firma.....

Fecha.....

Autor  
Juan Carlos Verdugo G.



### **ANEXO 3**

#### **MEDIDA CORRECTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL ESENCIALEN CONSULTA**

Debe utilizarse el método auscultatorio de medida de Presión Arterial con un instrumento calibrado y adecuadamente validado. Los pacientes deben estar sentados y quietos en una silla durante al menos 5 minutos (mejor que en la camilla de exploración), con los pies en el suelo y el brazo a la altura del corazón. La medida de la PA en bipedestación está indicada periódicamente, especialmente en quienes tengan riesgo de hipotensión postural. Debería usarse para una correcta toma un tamaño adecuado de brazalete (que sobrepase al menos el 80% del brazo). La PAS es el primer punto en el se oye el primero o dos o más sonidos (fase 1), y la PAD es el punto tras el que desaparece el sonido (fase 5):