

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICO  
DEGENERATIVAS DEL ADULTO MAYOR. LA TULLPUNA.  
CAJAMARCA, 2013”**

**TESIS**

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

**PRESENTADA POR:**

**Bach. Enf. MARÍA QUISPE MAYTA**  
**Bach. Enf. ROSARIO YSABEL RONCAL RODRÍGUEZ**

**ASESORA:**

**M. Cs. RAFAEL SALDAÑA FLOR VIOLETA**

**CAJAMARCA - PERÚ**  
**2013**

## INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.4. OBJETIVOS.....	13
1.4.1. Objetivo General.....	13
1.4.2. Objetivos Específicos.....	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	14
2.2. BASES TEÓRICAS.....	17
2.2.1. ADULTO MAYOR.....	17
2.2.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL ADULTO MAYOR.....	19
2.2.3. ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.....	33
2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:.....	51
2.4. VARIABLES:.....	51

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO:.....	53
3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:.....	53
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	54
3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	54
3.5. TECNICA Y RECOLECCION DE DATOS.....	55
3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	56

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	56
CAPITULO IV	
INTERPRETACION Y ANALISIS .....	58
CONCLUSIONES .....	71
RECOMENDACIONES .....	72
BIBLIOGRAFÍA .....	73
ANEXOS .....	82

## *DEDICATORIA*

*A:*

*Dios todo poderoso, por ser el que continúa guiando nuestros pasos en todo momento de nuestras vidas y así cumplir con nuestros preciados anhelos.*

*Mi familia: A mi esposo Oscar, a mi madre Marta, a mis hermanos Edwar y Alexander, finalmente a mis hijas Lucely, Nerita, Teresita y Vivian; cuyo impulso afianzó la confianza y voluntad para seguir adelante y alcanzar mis metas profesionales.*

*R.Y.R.R.*

## DEDICATORIA

A:

*Dios creador de todas las cosas, que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, le dedico mi trabajo.*

*Brigit Alexandra mi hijita adorada, quien ha sido mi fuerza y fortaleza, brindándome su apoyo incondicional, compartiendo conmigo buenos y malos momentos.*

*Luzmila Mayta Paz, mi madre adorada que ha sabido formarme con buenos sentimientos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.*

*Abelardo Quispe Palomino, el hombre que me dio la vida, a pesar de haberlo perdido, ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.*

*A Paco, mi hermano y mejor amigo, que siempre ha estado junto a mí, brindándome su apoyo, muchas veces poniéndose en el lugar de padre.*

M.Q.M

## **AGRADECIMIENTO**

A:

La Escuela Académico Profesional de Enfermería en especial a las docentes del curso de elaboración de tesis, que hicieron posible la realización del trabajo de investigación, de manera especial a la M.Cs. Rafael Saldaña Flor Violeta, por la dedicación en el asesoramiento del desarrollo de la tesis.

A los integrantes de la Asociación del Adulto Mayor de la Tullpuna - Cajamarca y a la Sra. Marcelina Zelada, coordinadora de la misma, por habernos brindado el apoyo para el desarrollo de la investigación.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, analítico, de corte transversal y correlacional; cuyo objetivo fue determinar y analizar los estilos de vidas y su relación con las enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. La Tullpuna. Cajamarca 2013. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores, seleccionados por conveniencia; la información se obtuvo a través de un cuestionario estructurado en tres acápites: Datos generales, estilos de vida y enfermedades crónico - degenerativas. Para el procesamiento de datos se utilizó el Software SPSS 19. Para establecer la relación entre las variables de estudio se aplicó la prueba de criterios Chi cuadrado, con el 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0.05$ . Los resultados indican que; 80% de la muestra presentaron enfermedades del sistema músculo esquelético; 76% sensoriales y 20% hipertensión arterial. En estilos de vida realizan actividades recreativas, 84% (nunca); 50% (a veces), 44% (siempre), consumen sustancias nocivas 88 al 96% (nunca), 44% son sedentarios. Conclusión, los estilos de vida inadecuados guardan relación estadísticamente significativa con la enfermedad crónico degenerativa del sistema músculo esquelético, (Pvalue = 0.029). Considerando la significancia estadística con una de las enfermedades crónica degenerativa presentada en los integrantes en la Asociación del Adulto mayor se confirma parcialmente la hipótesis alterna.

Palabras clave: Estilos de vida, Enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor.

## **ABSTRACT**

The present research is descriptive, analytical, cross-sectional and correlational, whose objective was to identify and analyze the styles of life and its relation to chronic degenerative disease of the elderly. Tullpuna Cajamarca 2013. The sample consisted of 50 older adults, selected for convenience, information was obtained through a structured into three headings: General information, lifestyles and chronic degenerative diseases. For data processing we used the software SPSS 19. To establish the relationship between the study variables was applied Chi-square test criteria, with 95 % reliability and significance of  $p < 0.05$ . The results indicate that, with 80 % of the sample showed the musculoskeletal system diseases, 76% and 20% sensory hypertension. In lifestyles recreational activities, 84 % (never), 50 % (sometimes), 44 % (always) harmful substances consumed 88 to 96 % (never), 44 % are sedentary. Conclusion inadequate lifestyles statistically significantly related chronic degenerative disease of the musculoskeletal system, (Pvalue = 0.029). Considering the statistical significance of chronic degenerative diseases presented in the members of the Association of Elderly partially confirms the alternative hypothesis.

**Keywords:** Lifestyles, chronic degenerative diseases of the elderly.

## INTRODUCCION

El Perú se encuentra en proceso de transición demográfica tal es así que en la actualidad la población adulta mayor de 65 años a más, representa aproximadamente el 5.9% de la población nacional, y de acuerdo a las estimaciones hechas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática se espera que en el año 2025 este grupo represente el 8.6% de la población total y en el año 2050 este porcentaje se eleve a un 16.1%. (1).

Esta situación revela la importancia que cobra la atención de este grupo poblacional así como el incremento de la demanda de servicios de atención propias de este grupo etario.

El proceso de la vejez determina algunos cambios físicos y psicológicos en los individuos, por lo que es muy común que se presenten con más regularidad diversas enfermedades como las crónico-degenerativas, que detonan la muerte de los adultos mayores.

Según proyecciones para el 2020, del total de decesos en los países en desarrollo, el 75% se deberá al factor edad. La mayor proporción de esas muertes ocurrirá a consecuencia de enfermedades no transmisibles como distintos tipos de cáncer, diabetes y/o enfermedades del sistema circulatorio, incluyendo hipertensión. (2).

La sociedad en su conjunto, incluidas las Instituciones de Salud y las de Bienestar Social, deben poner interés, en desarrollar programas de atención para el adulto mayor, que incluyan no solamente el tratamiento y rehabilitación física si no también su recuperación emocional, socio - familiar y del trabajo.

Vista de esta forma la atención a este grupo poblacional, genera funciones que van más allá del interés solamente del campo médico, ubicándose en el contexto de los estilos de vida que desde una perspectiva integral es

necesario considerarla como parte de una dimensión colectiva y social porque el comportamiento o conducta de las personas son determinantes y decisivas en la salud física mental y en el estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar general. Se calcula que un tercio de enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

En tal sentido, el objetivo de realizar el presente trabajo es de analizar y determinar la relación de los estilos de vida con las enfermedades crónico- degenerativas del Adulto Mayor. Tullpuna, Cajamarca.

La investigación consta de cinco capítulos. En el primer Capítulo se plantea el problema de investigación, destacando su significado y correspondiente justificación; se delimita su alcance para lo cual se formularon objetivos generales y objetivos específicos.

El Segundo Capítulo describe el marco teórico, hipótesis y variables según protocolo.

El Tercer Capítulo trata sobre la metodología; es decir se ocupa de la población y muestra, tipo de estudio; así como los instrumentos de recolección de datos, procesamiento utilizado y diseño del análisis de la información.

En el Cuarto Capítulo se presentan los resultados, análisis e interpretación, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA.

#### 1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Adulto mayor se considera a la persona por arriba de los 60 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensional de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría (3).

El adulto mayor se torna vulnerable ante los cambios del medio. Los ingresos económicos merman debido a la disminución de la capacidad laboral lo que dificulta la satisfacción de las necesidades básicas.

En el Perú existen casi 2.5 millones de personas adultas mayores (con 60 años de edad o más), es decir, el 9.1% de la población total del país. Asimismo, la cantidad de adultos mayores se ha incrementado a una tasa de 3.5% anual, por lo que el índice de envejecimiento (porcentaje de la población de 60 años a más sobre el total de menores de 15 años), ha pasado, de 19 en 1993, a 30 en 2007. (4)

Los departamentos que concentran mayor población de adultos mayores según orden decreciente son: Lima y Callao, Piura, Puno, La Libertad, Cajamarca, Ancash, Cuzco, Junín y Arequipa.

El proceso de la vejez determina algunos cambios físicos y psicológicos en los individuos, por lo que es muy común que se presenten con más regularidad diversas enfermedades como las crónico-degenerativas, que denotan la muerte de los adultos mayores. Las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa se fundamenta sobre el hecho de que las

enfermedades degenerativas crónicas no son transmitidas mediante el contacto personal. (5)

Según proyecciones para el 2020, el 75% de las muertes en los países en desarrollo se deberá al factor edad. La mayor proporción de esas muertes ocurrirá a consecuencia de enfermedades no transmisibles como distintos tipos de cáncer, diabetes y enfermedades del sistema circulatorio, incluyendo hipertensión. (6)

Las enfermedades crónicas degenerativas más comunes en el adulto mayor son: la diabetes, el cáncer, la artritis, el Alzheimer, hipertensión, arterosclerosis, enfermedad pulmonar y artritis reumatoide. Estas provocan un desgaste acelerado del organismo del paciente, que se manifiesta con la disminución de sus capacidades físicas y mentales, además de síntomas de fatiga, afectando no solamente la calidad de vida si no que también disminuyen su capacidad de respuesta al tratamiento y pueden favorecer a la incidencia de las complicaciones (7).

A nivel de atención primaria, el Programa de Atención Domiciliaria de Es Salud (PADOMI) presenta como mayor causa de morbilidad la hipertensión (18.97%), algo más alejadas se encuentran la osteoartritis y la infección de vías urinarias.

Según estimaciones la prevalencia de hipertensión arterial es alrededor de 10 millones de personas en nuestro país. A partir de los 50 años de edad las enfermedades hipertensivas están asociadas en forma estrecha con la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (primera causa de muerte general) y con la enfermedad cerebro vascular (sexta causa de muerte general).

La prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), padecimiento derivado del tabaquismo que incluye al enfisema pulmonar y la bronquitis crónica, cobra la vida de más de 2 millones de personas cada año en el mundo.

El 5.5% del total de atenciones por consulta externa en el año 2004, correspondieron a personas adultas mayores, de las cuales las atenciones más comunes están relacionadas a enfermedades del aparato respiratorio, del sistema osteomioarticular, aparato digestivo, circulatorio y a la hipertensión arterial de las cuales algunas de ellas están consideradas como enfermedades crónicas degenerativas. (8)

En el año 2003 el 99.4% de los fallecidos con demencia y Alzheimer tenían 60 años o más; para el año 2004 el 99.0% de los fallecidos se encontraban en este grupo de edad. (9)

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44 % de la carga de diabetes, el 23 % de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 y el 41 % de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. (10)

Además la modificación en la composición de las pirámides poblacionales y el perfil epidemiológico, son elementos centrales en el análisis para la comprensión de la morbilidad y la mortalidad, sobre todo referentes a la planeación de acciones en salud que se deben establecer en los diferentes niveles de atención; para el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas, propias del adulto mayor; Dentro de estos padecimientos es importante mencionar los factores de riesgo que están presentes en la génesis y evolución de estas enfermedades, de los cuales algunos no son modificables como los antecedentes familiares, edad, sexo; existiendo otros que son modificables como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, malos hábitos higiénicos-dietéticos, stress y contaminación. (11)

Para prevenir este tipo de enfermedades en el adulto mayor, es importante tener hábitos saludables y evitar el consumo de tabaco, alcohol o el sedentarismo. De acuerdo con la OMS, si se eliminaran

estos factores de riesgo, cerca del 75% de los padecimientos cardiovasculares y la diabetes podrían prevenirse. (12)

Las actividades de ocio y recreación para fomentar estilos de vida en el adulto mayor deberían ser un hábito personal, que propiciarán su salud y bienestar lo que además lo implicarían en acciones que le sirvan como instrumento para el crecimiento de autodeterminación personal y su adecuada inserción en la vida comunitaria y social. (13)

El Ministerio de Salud acorde a los Lineamientos de Política Nacional y Sectorial, y a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud relativas a la promoción, prevención y cuidado de la salud, disminuyendo los riesgos y daños, especialmente de los grupos vulnerables entre los que se encuentran los adultos mayores, aprobó el Modelo de Atención Integral de Salud (R. M. N° 729 - 2003 SA/DM), el cual contempla la Atención Integral del Adulto Mayor que se viene implementando en las Direcciones Regionales de Salud de nuestro país.

Entre estos lineamientos tenemos oportunidad para reforzar estilos de vida saludables, que permitan prevenir y/o revertir vulnerabilidades.

Durante las prácticas clínicas en las diferentes zonas periurbanas de la localidad de Cajamarca se ha observado la presencia significativa de adultos con diferentes patologías y sumado a esto la práctica de hábitos inapropiados como el uso de alcohol, tabaco y sedentarismo, además de tener una deficiente higiene y una inapropiada alimentación etc. Fenómeno que motivó el desarrollo de la investigación cuyo propósito fue analizar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades crónicas degenerativas del Adulto Mayor. Tullpuna. (14)

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es la relación entre los Estilos de Vida y las Enfermedades Crónico Degenerativas del Adulto Mayor. Tullpuna. Cajamarca, 2013?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

En las dos últimas décadas, Cajamarca presenta un crecimiento demográfico, reflejándose el mismo, en el surgimiento de nuevos barrios en la zona periurbana de la ciudad, con familias de diferentes características ya sean adoptadas de la misma ciudad o de los migrantes de otros lugares. Al desarrollar trabajos comunitarios de Enfermería en la población Cajamarquina, se ha podido observar que en la mayoría de hogares existe un adulto mayor, los cuales por sus características propias de la edad se convierte en población vulnerable, toda vez que muchos de ellos viven solos, otros dependen de sus hijos y uno que otro todavía trabaja. Además presentan diversas dolencias, la minoría recibe tratamiento médico por algún tipo de seguro y otros no, por no contar con este, algunos no tienen familiares que se preocupen por ellos o simplemente no quieren ser tratados. Así mismo se observó el uso de bebidas alcohólicas, tabaco y sedentarismo, en algunos de ellos, lo que significa que tienen hábitos nocivos para la salud.

A nivel local el gobierno municipal tiene un programa denominado Centro Integral al Adulto Mayor (CIAM), en diferentes zonas de la localidad, la finalidad de este programa es: detectar, prevenir, coordinar el tratamiento de enfermedades crónicas, así como desarrollar actividades recreativas, talleres en habilidades laborales y promover en la ciudadanía un trato diligente, respetuoso y solidario con los(as) adultos mayores. Teniendo en cuenta que los integrantes del CIAM son miembros de muchos hogares de la zona periférica de la ciudad de Cajamarca es que se realizó el trabajo de investigación en la asociación de adultos mayores de la Tullpuna, con la finalidad de analizar la relación entre las

enfermedades crónicas degenerativas y los estilos de vida de los integrantes.

La presente investigación es importante para el personal de Salud de manera especial para el profesional de Enfermería, desde una perspectiva educativa, preventiva, curativa y de rehabilitación, fortalecerá su rol de liderazgo dentro del equipo de salud, permitiéndole implementar Programas Preventivos Promocionales que fomenten los estilos de vida saludable en los adultos mayores. Además de servir como fuente bibliográfica o de referencia que permita desarrollar futuros trabajos de investigación relacionados con el tema.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar y analizar la relación entre los estilos de vida y enfermedades crónico- degenerativas del adulto mayor.  
Tullpuna. Cajamarca.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar algunas características sociodemográficas del Adulto Mayor.
- Identificar las enfermedades crónicas degenerativas del adulto mayor.
- Determinar los estilos de vida en el Adulto Mayor.
- Establecer la relación entre los estilos de vida y las enfermedades crónicas degenerativas del adulto mayor.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

**Battle G. España. (2000).** Sobre las enfermedades del aparato locomotor en España indican que los problemas crónicos más comunes en la población adulta europea. El 44,8% de la población presenta lumbalgia en los últimos 6 meses, un 10,2% padece artrosis de rodilla, un 6,2% artrosis de manos, un 3,4% osteoporosis, un 2,4% fibromialgia y un 0,5% artritis reumatoide. (15)

**Según la encuesta de salud de Cataluña. España. (2006).** Los trastornos del aparato locomotor son los problemas crónicos más prevalentes, asociándose a una mala percepción de salud y a un elevado consumo de recursos sanitarios, y son la mayor causa de restricción de la actividad. Los procesos reumáticos también son causa frecuente de discapacidad. (16)

**Gonzales, A. Cuba. (2008).** Principales causas de morbilidad en la población del adulto mayor. Los resultados indican, que las afecciones cardiovasculares fueron las que afectaron a la mayor proporción de pacientes, con un 16,1%, seguida por las del sistema Osteomioarticular, con 15% y las del aparato respiratorio con un 14,6%. (17)

**González, A. et al Cuba. (2004).** Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica; Los factores de riesgo más frecuentes fueron la HTA (Tensión Arterial Alta), el sedentarismo y el hábito de fumar. La forma clínica que predominó fue la cardiopatía isquémica no dolorosa. Al evaluar el estilo de vida de estos pacientes se encontró que los comportamientos no promotores de salud

prevalecieron en la muestra, apareciendo con peores resultados los relacionados con la responsabilidad de la salud, soporte interpersonal y ejercicio físico. (18)

**Maya, L. Colombia. (2006).** Estilos de vida saludable en adultos mayores como: procesos sociales, tradicionales, 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. Concluyó que los estilos de vida son determinantes de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual debe ser visto como un proceso dinámico, de acciones o comportamientos individuales, y de naturaleza social. (19)

**Durán, A. Colombia. (2008).** Frecuencia de las enfermedades crónicas en adultos mayores de la ciudad de Cali. Se determinó que un 24,6% de esta población sufría de hipertensión arterial, 8,6%, de diabetes, y 4,8%, de osteoporosis. Mayor porcentaje de mujeres con un 83,2% en comparación de los hombres 16,8%. El grupo de edad más frecuente fue de los 60 a 69 años de edad (59,8%), seguido del de 70 a 79 años (34%). (20)

**Varela, L. et al. Lima (2010).** Sobre la obesidad, realizado en la población adulta mayor hospitalizada a nivel nacional halló una prevalencia de sobrepeso de 9.56%, obesidad 4.13% y desnutrición 54.52%. (21)

**Barbera, J. et al. Lima. (2006).** Proporción de adultos mayores en relación a la población en general que acuden a un servicio de hospitalización. Encontrando que el 34.67% de los ingresos corresponden a los pacientes mayores de 60 años y 6.54% a pacientes mayores de 80 años, en comparación a la población en general. Entre las causas de hospitalización se encontró que fueron predominantes las Infecciones Respiratorias Agudas (24,4%),

Insuficiencia Cardíaca Congestiva (11,6%) y Accidentes Cerebro vasculares (8,7%). (22)

**Aldereguía, A. Lima. (2001 a 2002).** Principales características demográficas, clínicas y desenlace final de los pacientes de 60 años y más que fueron reportados graves, a los servicios de medicina interna y geriatría del hospital universitario. Donde se precisaron que el grupo de edad más representado fue el de 80-89 años (36.6%). Hubo un ligero predominio de las mujeres (52,8%). Los antecedentes patológicos fueron: insuficiencia cardíaca (37,3%), hipertensión arterial (37,3%), artropatías (34,1%) y demencia (33,3%). El 29.2% tenían un índice de Katz. Los diagnósticos que motivaron la hospitalización fueron: neumonía y bronconeumonía (40,7%), insuficiencia cardíaca (10.6%) enfermedades cerebro vasculares (10,6%) y tumores malignos (9,8%). (23)

**Sánchez, R. Lima. (2009).** Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Asentamiento Humano Laura Caller. Concluyo que no existe relación estadísticamente significativa entre los factores biosocioculturales y el estilo de vida, ya que el mayor porcentaje son adultos jóvenes de sexo femenino; en lo cultural la mayoría con instrucción secundaria completa, y la totalidad profesan la religión católica. En el factor social el mayor porcentaje son solteros y más de la mitad amas de casa, siendo el ingreso económico del adulto mayor menor a los 599 nuevos soles. (24)

**Villena, L. Chimbote. (2011).** Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor; obtuvo como resultado que del 31% (27) tiene un estilo de vida saludable del 69% (60) no saludable. En el factor biológico se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores en un 58,6% (51) son de sexo femenino. Con respecto a los factores culturales el 40,2% (35) de adultos mayores tiene secundaria completa; en cuanto a la religión el mayor porcentaje 71,3% (62) son

católicos. En lo referente a los factores sociales el 43,7% (38) su estado civil es unión libre, del 42,2%(37) son amas de casa y un 65,5%(57) tienen un ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles. (25)

**Huamán, A. Cajamarca. (2008).** Patologías frecuentes en los integrantes del Centro de Atención del Adulto Mayor. Encontró: que las enfermedades del músculo esquelético ocupan el primer lugar, con un 78,7%, seguida de las sensoriales con un 46,0% y las neurológicas con un 44%, lo que influye negativamente en su calidad de vida. (26)

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. ADULTO MAYOR**

Se ha definido adulto mayor como aquella persona por arriba de los 60 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensional de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría. (27)

#### **Políticas públicas del Perú sobre el adulto mayor**

Una de las consecuencias de los cambios en la estructura de la población, debido a la reducción de la tasa de fecundidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer, es el proceso de envejecimiento. En el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo después del 2014, muestra preocupación por este grupo de población, y sus acuerdos están orientados para promover el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, que les permitan trabajar y vivir independientemente.

En ese sentido, el Perú se encuentra en proceso de transición demográfica y en la actualidad la población adulta mayor de 65 años y más representa aproximadamente el 5.9% de la población nacional, sin embargo, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática se espera que en el año 2025 este grupo represente el 8.6% de la población total y en el año 2050 este porcentaje se eleve a un 16.1%. (28)

Esta situación revela la importancia que cobra la atención de este grupo poblacional así como el incremento de la demanda de servicios de atención propias de este grupo etario. En el Perú existen más mujeres en este grupo poblacional.

Respecto a la protección y calidad de vida de este grupo de población, esto es el acceso al sistema de pensiones y al seguro de salud, muestra grandes brechas. Solamente el 36% de la población de 65 años se encuentra afiliado a algún sistema de pensión pública o privada. Esto ocasiona dependencia a sus núcleos familiares o a la continuación de actividades en el mercado laboral, lo cual los coloca en una situación de alta vulnerabilidad a la pobreza. (29).

En cuanto a afiliación a un seguro de salud, en el año 2004, el 39% de la población adulta mayor contaba con algún seguro de salud y en el año 2010 la cobertura alcanzó al 68%, de los cuales un 33.9% está afiliado únicamente a ESSALUD y el 29% se encuentran afiliados al Sistema Integral de Salud. Esto es consecuencia del alto porcentaje del trabajo informal.

## **2.2.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DEL ADULTO MAYOR.**

Enfermedades cardiovasculares: Son consideradas como las más mortales que afecta a las personas mayores de 40 años. Los padecimientos de este tipo más frecuentes son los infartos y cardiopatías isquémicas. Los principales factores de riesgo son: alimentación inadecuada, obesidad y sedentarismo. (30)

### **Insuficiencia Cardiaca.**

Es una entidad clínica de elevada incidencia y prevalencia entre adultos mayores resultante del proceso de envejecimiento de la población y la mejoría simultánea en la expectativa de vida en personas con enfermedades cardíacas. Se ha asociado a este grupo de pacientes con una mayor severidad clínica, con morbilidad, frecuencia de re hospitalizaciones y a un peor pronóstico. Representa la mayor causa de hospitalización en Estados Unidos, afecta 5 millones de estadounidenses, así como 50000 nuevos casos son diagnosticados cada año. (31).

### **Enfermedades Hipertensivas**

La hipertensión arterial es reconocida como un importante factor de riesgo para la presentación de otras enfermedades del sistema circulatorio, como las enfermedades cerebro vasculares e isquémicas del corazón. (32)

En el Perú existen dos grandes estudios a nivel de la población en general, que varían del 15% al 33% en la población peruana. Las prevalencias encontradas por el estudio de la Oficina General de Epidemiología son más bajas que en el estudio de Seclen y colaboradores; por lo que, si bien estas investigaciones nos pueden

dar una idea sobre las patologías, se requiere de otros estudios de los cuales se pueda inferir resultados a nivel nacional y/o regional. Aunque ninguno de estos estudios proporciona datos de prevalencia de las patologías por grupos etarios, lo que se estima que debe ser más frecuente en la población adulta mayor. (Seclen, S. et al. 1997).

La hipertensión es una enfermedad que actualmente está muy extendida en la población geriátrica, en el estudio Framingham se demostró que el 50% de las mujeres y el 40% de los hombres mayores de 65 años sufren esta patología. Los estudios realizados hasta el momento demuestran invariablemente que la hipertensión aumenta la incidencia de episodios cardiovasculares en ancianos, porque la edad es un factor de riesgo cardiovascular independiente de los valores de la presión arterial. (33)

**Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),** la hipertensión arterial causa cerca del 50 por ciento de los casos de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo. La OMS estima que entre 10 y 30 por ciento de los adultos en todo el planeta tiene hipertensión arterial y entre 50 y 60 por ciento podría gozar de mejor salud si redujera sus cifras tensiónales. (34)

Aun cuando muchas veces la hipertensión aparece sin causa conocida, siempre resulta fácil determinar los elementos de riesgo presentes, en el estilo de vida de estas personas. Para revertir este proceso en función de la salud del hombre y su calidad de vida es necesario.- Llevar una dieta balanceada. Evitar el consumo excesivo de sal.- Practicar ejercicios físicos sistemáticamente.- Controlar el peso corporal.- Renunciar al hábito de fumar.

Evitar las tensiones emocionales intensas y continuas- Reducir o eliminar la ingestión de bebidas alcohólicas.

Es indudable que para continuar elevando la duración y calidad de vida de las personas, se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión. Ese reto se extiende a toda la sociedad, no sólo se concentra en el tratamiento y el control adecuados de los pacientes diagnosticados y con perfeccionar los métodos que conduzcan a descubrir quiénes son aquellos que, sin sospecharlo siquiera, pueden estar afectando su plenitud vital por esta causa; tiene que ver también con el incremento del número de personas que asuman un estilo de vida saludable y con la realización por todos los factores de la comunidad de las acciones que favorezcan estas conductas. Los adultos mayores hipertensos que participaron en un programa de ejercicio físico pudieron demostrar que su nivel de presión arterial logró controlarse y hasta se mejoró. (35)

En una investigación sobre la presión arterial en reposo de personas mayores con presión arterial normal, los resultados mostraron que los dos grupos de ejercicios, uno de intensidad moderada (70%)/45 minutos/3 veces por semana y el otro de alta intensidad (85%)/35 minutos/3 veces por semana aumentaron su consumo máximo de oxígeno trabajando en los tres primeros meses del programa y bajaron su presión arterial sistólica a los seis meses. (36)

### **Enfermedades Musculo Esqueléticas.**

**Sarcolema (o miolema).** Es el nombre que se le da a la membrana citoplasmática de las fibras (células) musculares. es una membrana semipermeable y lipídica, tal como las demás membranas de otras células eucarísticas. Sin embargo, la continuidad de las membranas en la fibra muscular se extiende en forma de trabéculas hasta el interior de las células a través del sarcoplasma. A esas invaginaciones de canales tubulares con sus ramificaciones se le conoce como

túbulos -T. Este desarrollando sistema de cisternas en asociación con el retículo endoplasmático liso contribuye con la propagación del potencial eléctrico que produce la contracción de la fibra muscular. Lo que permite la excitabilidad del músculo. Su activación permite la entrada de iones calcio, lo cual es la señal de activación de contracción muscular. (37)

La disminución extrema de masa muscular (atrofia muscular) que se produce con la edad. La pérdida de la fuerza es atribuida a esta depreciación de masa, la cual se debe al deterioro de las fibras musculares (pérdida de sarcómeros o unidades contráctiles del tejido muscular, factor fundamental que contribuye a la fragilidad del anciano. (38)

El gasto energético diario disminuye progresivamente a lo largo de la vida adulta. En individuos sedentarios, el principal determinante de gasto energético es la masa magra, que disminuye alrededor de un 15% entre la tercera y la octava década de vida, contribuyendo a una menor tasa metabólica basal en el anciano. (39)

Se encontró que la fuerza extensora de la rodillas, en un grupo de personas sanas de 80 años de edad (hombres y mujeres) estudiadas en el "Copenhagen City Heart Study", estaba 30% por debajo del grupo de 70 años estudiada previamente. Dichos estudios indican que la fuerza muscular disminuye en un 15% en los adultos mayores es una causa importante de incapacidad por década, y alrededor del 30% después considerando los bajos niveles de actividad que se observa en ellos. (40)

Una sustancial pérdida de la fuerza de las piernas y de la zona lumbar en personas mayores, no sólo limita la locomoción, menos 40% de las personas mayores de 80 años experimentan una caída, elevándose en un 61% en pacientes alojados en instituciones. (41)

**La osteoporosis.-** "Hueso poroso, enfermedad crónica del hueso donde se pierde constante y gradualmente la densidad mineral ósea, disminuyendo la calidad y resistencia del hueso, sucede de forma silenciosa, no causa dolor o alguna manifestación hasta que comienza a suceder las fracturas por situaciones de la vida cotidiana. (42)

La osteoporosis es el segundo problema de salud de importancia, después de las enfermedades cardiovasculares. Una mujer de cada tres y un hombre de cada ocho mayores de 50 años sufrirán una fractura a consecuencia de la osteoporosis. Las fracturas de cadera son especialmente devastadoras, causando un gran dolor, discapacidad e incluso la muerte del paciente, Más del 20% de las mujeres que tienen fractura de cadera se relacionada con la osteoporosis mueren antes de un año, según los datos de Delmas. Y se estima que el 75% de los casos de osteoporosis están sin diagnosticar. (43)

**Artritis.-** Es la inflamación de esa membrana. Produce más líquido de lo normal, se acumula deformándola y provocando dolor (es el derrame articular).La membrana se engruesa y desarrolla con el tiempo una serie de vegetaciones y acumulo de depósitos que perpetúan la inflamación, pasando a llamarse crónica.

**Enfermedad de las articulaciones.** Los signos más comunes son dolor y rigidez en las articulaciones, también pueden presentarse inflamación, calor y enrojecimiento. Las personas suelen tener dificultad para mover las articulaciones normalmente. Ataca a muchos adultos mayores de 65 años de edad. Alrededor de 42 millones de habitantes de los Estados Unidos tienen artritis. Esta enfermedad puede afectar a personas de todas las razas y edades.

**Causas de artritis.-** Esfuerzo en las articulaciones a lo largo del tiempo, exceso de peso, antecedentes familiares. Es más frecuente en la mujer. La enfermedad afecta de 2 a 3 veces más a mujeres que a hombres.

**La artritis degenerativa u osteoartritis.-** es la más común puede afectar a una o más articulaciones en cualquier lugar del cuerpo especialmente en las manos y articulaciones que soportan el peso corporal. Puede causar dolor, deformidad, y limitación de movimientos. Los rayos X revelan degeneración en las articulaciones en aproximadamente el 60% de los adultos mayores de 60 años y de 80% a 90% de los pacientes mayores de 75 años.

**La artrosis.-** Es el desgaste de la cubierta del cartílago articular, aparece en la columna vertebral, cadera y la rodilla, sin que la paciente recuerde ningún accidente previo, frecuente en la mujer madura. Es la llamada artrosis primaria, sin causa clara pero con una serie de factores que predisponen a padecerla.

**Artrosis secundaria.-** se debe a una lesión previa, brusca o por trabajos repetitivos. La consecuencia es la pérdida de la lisura de la superficie o del grosor de la capa en una determinada zona de ese cartílago. Con el tiempo esas irregularidades iniciales actúan como un papel de lija sobre el cartílago restante, desgastándolo.

**Lumbalgia- Cervicalgia:** Son manifestaciones que el paciente sufre y puede tener muchas causas. La Lumbalgia es el dolor padecido en la zona baja de la columna vertebral, y la Cervicalgia en el cuello.

En la mujer joven y activa se asocia a posturas mantenidas. En la mujer madura y anciana son manifestaciones de una artrosis vertebral o de una osteoporosis.

Se calcula que hasta el 80 % de la población lo padece al menos una vez en la vida. Datos recientes indican que su incidencia y prevalencia han permanecido estables durante los últimos 15 años y no existen diferencias entre países industrializados y países en vías de desarrollo.

El 25 % de los accidentes de trabajo en el estado español tienen el diagnóstico de lumbalgia de esfuerzo (14 % EUA y 26 % Gran Bretaña). Se conoce que entre el 70-90 % del gasto económico se produce debido a la incapacidad laboral transitoria que genera esta enfermedad.

Existe una mayor prevalencia de, depresión, ansiedad, abuso de sustancias y somatizaciones. La depresión está presente en el 40-65 % de los afectados de lumbalgia, mientras que este porcentaje se reduce al 5-17 % en la población en general. Es similar con el abuso de sustancias y ansiedad. Se ha comprobado que la presencia de depresión y somatizaciones son predictores de una mala evolución en la lumbalgia o la mala relación social en el trabajo y poca satisfacción en el mismo también actúan como factores de riesgo.

El dolor lumbar agudo es un proceso benigno y auto limitado en la mayoría de los pacientes, también es cierto que puede ser recurrente entre el 60 y 80 % de los casos. Hay evidencia moderada de que la incorporación del ejercicio, tanto en su modalidad aeróbica, como en la de flexibilización y fortalecimiento de la musculatura y del tronco, puede disminuir la frecuencia y la intensidad de las recurrencias en el dolor lumbar agudo recidivante.

El dolor lumbar es una dolencia frecuente en la población en edad laboral. Alrededor del 80 % de las personas experimentan dolor lumbar en algún momento de su vida, se trata de una de las causas más importantes de discapacidad de corta o de larga duración en todos los grupos profesionales. Según la etiología, el dolor lumbar se puede clasificar en seis grupos: mecánico, infeccioso, (tuberculosis), inflamatorio (espondilitis anquilopoyética); metabólico (osteoporosis), neoplásico (cáncer) y visceral (dolor causado por enfermedades de los órganos internos). En la mayoría de las personas, el dolor lumbar tiene causas.

**Tendinitis:** Son las cuerdas que unen el musculo al hueso. En la mujer trabajadora son frecuentes las tendinitis crónicas, en las que el tendón se engruesa, pierde elasticidad, se deshilacha y rosa con la vaina sinovial que le envuelve.

Suele ser frecuentes la tendinitis en las muñeca (enfermedad de DQuervain), de codo (epicondilitis) y de hombro (tendinitis de manguito rotador).La paciente se queja de dolor intenso en diversas posiciones y cuando realiza fuerza con la extremidad.

El síntoma más evidente de la tendinitis es el dolor intenso que se produce al mover o tocar las zonas inflamadas de los tendones. La inflamación de las vainas se hace visible por la hinchazón que produce la acumulación de líquidos. En algunos casos, al mover la articulación cuyos tendones están inflamados, se escucha un sonido causado por la misma inflamación.

**Diabetes.-** es una enfermedad caracterizada por un desbalance en el metabolismo de los azucares, que trae como consecuencia el daño de órganos fundamentales como son corazón, riñones, ojos y vasos sanguíneos Es una enfermedad que padecen frecuentemente los ancianos hipertensos obteniendo una consideración especial, conllevando a múltiples complicaciones patogénicas.

Aproximadamente, el 50% al 60% de los ancianos experimentan una alteración de la tolerancia a los carbohidratos, y más del 65% de los diabéticos tienen más de 65 años. La forma más frecuente de esta enfermedad en ancianos es la diabetes de tipo 2, debido a la reducción progresiva de los receptores de insulina (20 a 30%) y a las modificaciones de la masa corporal en la edad geriátrica. En esta etapa se produce un aumento de la masa adiposa. Los datos del estudio Framingham indican que la diabetes duplica el riesgo de lesión cardiovascular y de ictus. El riesgo de ictus aumenta seis veces en los sujetos que sufren diabetes e hipertensión. (44)

El actual paradigma explicativo de las causas y las estrategias de prevención sitúan como principales responsables a los estilos de vida que adoptan los individuos, por ello son prioritarias las intervenciones terapéuticas y educativas. La obesidad y el sedentarismo son los factores más identificados, tanto en los medios científicos como en la opinión pública, como las causas más destacadas de la epidemia de diabetes mellitus de tipo 2. La insistencia sobre la necesidad de que los individuos adopten una alimentación saludable y practiquen ejercicio físico se ha convertido en el principal mensaje preventivo de casi todos los que se preocupan por ofrecer solución al problema. (45)

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con diabetes (tanto tipo 1 como 2), la práctica de los estilos de vida cumplen una función fundamental en su tratamiento, se puede describir que el manejo progresión de la diabetes está ligada estrictamente con la conducta que tenga el paciente frente a su enfermedad. (46)

Para el tratamiento de la diabetes se establece: la práctica de estilos de vida saludables en la dieta, la actividad física, la vigilancia y la farmacoterapia, incluyendo a la insulino terapia y los hipoglucemiantes orales.

Según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, se estima que casi 10% de la población que tiene 60 años o más presentan sobrepeso u obesidad, en consecuencia 50% padece problemas de hipertensión arterial y uno de cada tres diabetes mellitus.

El IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como: las cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo con 17 millones de víctimas anuales; la diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial (estimaciones de la OMS

señalan que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de 50% en los próximos 10 años); las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis, así como algunos cánceres, como los del endometrio, mama y colon. (47)

### **Tumores Malignos.**

Continúa en el segundo lugar entre las principales causas de muerte para este grupo de edad. En el 2004 el riesgo de morir por esta causa fue de 838.9x10<sup>5</sup> hab de 60 años a más, lo cual representó un discreto riesgo de morir con relación al año precedente (812.9x10<sup>5</sup> hab de la edad). Los mayores niveles de mortalidad por tumores malignos para ambos sexos durante el año 2004, correspondió al localizado en tráquea, bronquios y pulmón. Seguidos por el cáncer de próstata y colon, en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres, por el colon y mama.

**Cáncer cervicouterino y de próstata:** Estas neoplasias afectan a las mujeres y hombres mayores de 40 años, por lo que es importante que las personas realicen exploraciones en su cuerpo, para encontrar abultamientos anormales. Es de vital importancia visitar con regularidad al especialista para reconocimientos de rutina, así como llevar una alimentación libre de toxinas y practicar ejercicio.

**Leucemia mieloide aguda.-** Con este padecimiento, la tasa de mortalidad en las personas mayores es más alta, por las condiciones preexistentes como la diabetes mellitus, hipertensión y enfermedad coronaria, entre otras. La causa más común en este grupo es la mielo displasia de alto grado, la exposición al benceno, a la radiación externa, al cigarrillo y a ciertos agentes quimioterapéuticos como hidroxiurea y agentes alquilantes.

## **Discapacidad Sensorial: Visión y Oído.**

La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas de edad, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones. (48)

**Alteraciones de la audición.**-En las personas mayores la disminución de la audición es relativamente frecuente, tanto por enfermedades otológicas como por cambios relacionados con el envejecimiento. Las patologías que provocan disminución de la agudeza auditiva en las personas mayores suelen ser:

**Tapón de cera en el conducto auditivo externo**, donde se acumula la cera protectora. Además de sordera puede provocar ruidos (acúfenos) y sensación de inestabilidad. El tratamiento es extracción del mismo por personal sanitario tras reblandecimiento.

**Perforación timpánica**, es decir, un "agujero" en el tímpano, producido por diversas causas (infección, traumatismo). Produce sordera, dolor, secreción por el conducto, ruidos y mareos. El tratamiento suele ser esperar la cicatrización espontánea y evitar la entrada de agua en el conducto; la cirugía se reserva para casos extremos.

**Otitis externa**, es decir, inflamación o infección en el conducto auditivo externo. La clínica consiste en sordera, dolor, picor y

supuración. El tratamiento médico suele ser gotas otológicas y analgésicos orales.

**Otitis media aguda o infección del oído medio**, que provoca sordera, dolor, inestabilidad, ruidos. El tratamiento de antibiótico y analgésico debe recomendarlo un médico.

**Otitis media crónica**, que es la complicación extrema de una otitis media aguda perforada, que presenta síntomas de sordera y supuración maloliente. El tratamiento suele ser quirúrgico mediante la limpieza profunda de la zona.

**Presbiacusia**, que es la disminución de la agudeza auditiva por la pérdida de elasticidad del tímpano y los huesecillos causada por la edad y la disminución del número de células sensitivas; aproximadamente el 30% de los mayores de 65 años tiene pérdida de audición demostrable por audiometría. Es bilateral, de comienzo paulatino y afecta más y más precozmente en sonidos agudos; también provoca interferencias en la comprensión de conversaciones en ambientes ruidosos (disminuye la discriminación).

Por las implicaciones funcionales que conlleva la disminución de la audición es importante revisar de forma periódica y rutinaria la agudeza auditiva, así como valorar correctamente las quejas subjetivas de sordera por parte de los ancianos y no darlo como propio de la edad.

La prescripción adecuada e individualizada de audífonos, por parte de especialistas como los audiólogos, en las patologías con pérdida irreversible de la audición, ayudará a mejorar no sólo la percepción del discurso, sino también su conexión y orientación con el entorno y permitirá una mayor y más segura movilidad, hecho que puede

mejorar radicalmente la calidad de vida de la persona mayor con sordera. (49)

### **Alteraciones de la visión**

Las alteraciones de la vista tienen un valor especial en las personas mayores por su frecuencia, por su importancia para mantener la independencia (afectan a la realización de las actividades de la vida diaria) y son factor importante para el desarrollo de síndrome confusional y porque son problemas que con frecuencia se pasan por alto. La pérdida de la visión puede deberse en los mayores a numerosas causas éstas pueden ser tratables o no.

En cualquier caso aumenta la probabilidad de accidentes y caídas y las personas que ven mal pueden tener problemas para desenvolverse en la vida normal. Los problemas de visión pueden también causar trastornos psíquicos y de conducta en las personas mayores. Es por todo ello imprescindible que los mayores vayan a revisarse la vista con cierta frecuencia, porque de ella depende su futura calidad de vida. En ausencia de problemas, no es mal consejo hacerse una revisión al año.

Las patologías de la vista de las personas mayores más frecuentes son:

**La presbicia.-** Es la pérdida de acomodación del cristalino que aparece cuando éste se vuelve rígido con el paso de los años, en especial a partir de los 45 años, y se hace máxima hacia los 65. El cristalino es una lente que existe en el interior del ojo, y tiene como función enfocar la vista. Por eso la presbicia, que también se conoce como "vista cansada", se presenta como dificultad para enfocar los objetos al cambiar la mirada de lejos a cerca. Es un cambio universal y se corrige con gafas que mejoran el enfoque de los objetos cercanos.

**Las cataratas.-** Son extraordinariamente frecuentes. El cristalino (la lente) se vuelve progresivamente opaca y va haciendo perder la visión. Aparecen en los dos ojos, pero su progresión puede ser a distinta velocidad. Se dan con más frecuencia en mujeres, aunque no se conoce exactamente el motivo. También son más frecuentes en diabéticos, fumadores y bebedores. La clínica, además de visión borrosa, puede ser miopización, visión deformada o amarillenta o imágenes dobles al mirar con un ojo; si la catarata es periférica la clínica puede ser muy leve. El único tratamiento eficaz es la intervención quirúrgica, en la que se cambia el cristalino por una lente intraocular que suple sus funciones. Es una operación sencilla, que habitualmente se realiza de forma ambulatoria y con una elevadísima tasa de éxito.

**Degeneración macular.-** En la parte posterior del ojo está la retina, que es la zona que recoge las imágenes y las convierte en impulsos nerviosos que el cerebro interpreta. En el centro de la retina hay una zona que se llama mácula, esencial para la visión porque es el lugar donde se enfoca la imagen. En la degeneración macular esta zona se daña (aún no se sabe bien por qué sucede). Cada vez se diagnostica con más frecuencia. El afectado empieza a ver las líneas torcidas y pierde luego visión de la parte central del campo visual, que puede avanzar hasta llegar a la ceguera. Hay varias formas de distinta gravedad, y los tratamientos aún no son muy eficaces y la mayoría está en fase de experimentación y desarrollo. Es obligado el control por un oftalmólogo.

**Glaucoma.-** El glaucoma es el aumento de la presión del líquido que hay dentro del ojo. Este aumento de presión puede llegar a dañar el nervio óptico de forma irreversible, haciendo que se pierda la visión de la periferia hacia el centro (pérdida del campo visual periférico). Hay distintas formas de glaucoma; por cierre o bloqueo de los canales de "desagüe" del líquido ocular (obstrucción por detritus o por cierre del

canal por el iris si éste se abomba) o por aumento de su producción. El problema de esta enfermedad es que muchas veces no produce síntomas precoces, por lo que con frecuencia se diagnostica tarde. Algunas formas pueden ser agudas, con síntomas de dolor muy intenso, cosa que constituye una urgencia oftalmológica. Es importante hacer revisiones periódicas oftalmológicas para el diagnóstico y tratamiento precoz. El tratamiento con medicamentos, en general colirios, y con determinadas operaciones en según qué tipos, es generalmente muy eficaz y detiene la pérdida de visión.

**Alteraciones de retina por otras enfermedades.-** Pueden producirse alteraciones de la retina por enfermedades generales, como la diabetes o la hipertensión. Estas enfermedades pueden dañar la retina sin síntomas de inicio, haciendo perder poco a poco la visión. Se considera que la retinopatía diabética es hoy día la principal causa de ceguera en adultos en los países desarrollados. Para que estas retinopatías no progresen hasta la ceguera es fundamental mantener el mejor control posible de la diabetes o la hipertensión. Es imprescindible que los hipertensos y los diabéticos revisen su vista en la consulta de su oftalmólogo periódicamente. Otras alteraciones pueden ser la embolia de la arteria central de la retina o la trombosis de venas retinianas; ambos problemas ocasionan serias pérdidas de visión, que son irreversibles. (50)

### **2.2.3. ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.**

El estilo de vida es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicos a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones. Teniendo en cuenta los siguientes aspectos: consumo de hoja de coca, consumo

de alcohol, actividad física, mal hábito alimenticio y tratamiento farmacológico. (51)

Forma de vida o expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo, expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno. (52)

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar el estilo de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivencia, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipos de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. (53)

Los estilos de vida son determinados en la presencia de factores de riesgo y/o 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. En esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefieran llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosocial es espirituales y mantener el bienestar para generar

calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.  
(54)

Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental, y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera como la gente se comporta determinará que la persona permanezca sana, en caso de enfermar, su papel será decisivo en la recuperación de la misma. (55)

Experiencias de la vida y resultados de investigaciones demuestran que si se adopta un estilo de vida positivo y se realizan actividades que procuren un mejor funcionamiento del organismo y de la mente, se asegura una óptima calidad de vida en la tercera edad para ello es necesario:

- Tener un sentido de la vida que dé motivo o razón para vivir. Proponerse objetivos importantes que muevan a amar y crear, a querer vivir.
- Es de importancia fundamental mantener una vida activa física, mental y social. Combatir la inercia, a la pasividad. El movimiento es vida y la inmovilidad acentúa el envejecimiento y conduce a la muerte.
- Realizar alguna tarea o trabajo de participación útil. Ocuparse de alguna actividad beneficiosa para los grupos de convivencia que proporcione el placer de realizarse y contribuir al bienestar social.
- Cultivar alguna afición, tarea o trabajo agradable, gustoso que sea de interés para la persona. La realización de tareas

creativas, productivas que resulten satisfactorias, mejora el tono emocional y la calidad de vida.

- Mantener activas, entrenadas, las capacidades intelectuales con ejercicios de pensamiento creativo.
- Cultivar y mantener buenas relaciones humanas con la gente que nos rodea. Ser creativo en la convivencia: buscar e iniciar nuevas relaciones humanas e idear nuevas formas que cambien y enriquezcan la convivencia cotidiana.
- Realizar un programa de ejercicios físicos diariamente o por lo menos tres o cuatro veces por semana, de una duración de 20 o 30 minutos (gimnasia, caminatas, etc.) preferiblemente vinculado a grupos cercanos o accesibles que realicen sesiones de tales ejercicios.
- Asumir una actitud optimista en la vida al enfocar los aspectos positivos de la realidad. Todo tiene sus partes buenas y malas. El sol tiene sus manchas pero también su luz esplendorosa. La misma luz solar, en las horas tempranas y tardías es beneficiosa pero resulta perjudicial en las horas del mediodía. El teatro griego simbolizaba en la máscara alegre de la comedia y en la máscara triste de la tragedia, estos dos aspectos de la vida. La sabiduría aconseja que nos acostumbremos a ver el rostro amable de la realidad, conscientes de que existe el otro y que nos esforcemos por mejorarlo, pero disfrutando mientras tanto de la cara risueña.
- Adoptar la filosofía miliorista de creer en el mejoramiento humano, pero no pasivamente sino a través del esfuerzo y del trabajo creer que un mundo mejor es posible y que puede

dignificarse la calidad de vida si la persona se afana y procura mantenerse en forma cumpliendo las orientaciones que la ciencia y la sabiduría recomiendan.

- Cumplir el rol principal de la tercera edad: transmitir las experiencias y el saber acumulado de una vida, a las nuevas generaciones a través de la convivencia y los diálogos con jóvenes en distintos ámbitos de la vida
- Además ayuda al rejuvenecimiento el revivir las experiencias de esa etapa de la vida, que no desaparece sino que duerme y se reactiva con esos contactos. Mediante este legado de la vieja a la nueva generación, culminan los deberes de la vida y se ennoblece la tercera edad.

Un factor muy importante para el mantenimiento de la salud integral es el espíritu, la moral, la actitud con que vivimos y hacemos las cosas. Investigaciones y evidencias crecientes revelan el hecho de que si una persona considera que la vida es estimulante, significativa, interesante, incitante y no aburrida y tediosa, si persiste en propósitos importantes y vive experiencias satisfactorias y "estresantes", su organismo funciona mejor, se acrecienta su salud física y mental y resiste y vence a las enfermedades, Diríamos que todo esto constituye un seguro de vida sin gasto alguno. (56)

En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades.

Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población, y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema social sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de estilo de vida. Se le considera en primer lugar, de forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y de la administración pública, según el ámbito cultural. En ésta conceptualización podrían incluirse las definiciones de Singer (1982) y Ardell (1979). El primero dice que es una forma de vivir o la manera con la que la gente se conduce con sus actividades día a día, mientras que Ardell al aplicarlo a la salud, lo delimita como aquellas conductas sobre las que el individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud. (57)

Desde ésta perspectiva, algunos autores han propuesto la idea de los dos estilos de vida:

Estilos de Vida Saludable: con dos dimensiones que califican como:

- Sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia de alcohol, etc.
- Actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc.

Estilos de vida libre: caracterizada por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de

alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física.

### **Comportamiento saludable del Adulto Mayor:**

**Ejercicios físicos.-** En relación con el ejercicio físico, es conveniente establecer diferencia con la actividad física, que es definida por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1995) como "cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia"; por su, el ejercicio físico es definido por Caspersen como una categoría de la actividad física, específico, libre y voluntario, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar o mantener una o más de las cualidades biomotoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo. (58)

Se ha demostrado la importancia del ejercicio físico para el control del peso, reducción del colesterol, mantenimiento adecuado de la glucosa en la sangre, la disminución del riesgo de enfermedad coronaria, hipertensión arterial y muerte súbita, se está estudiando la influencia favorable que puede ejercer en enfermedades orgánicas como la diabetes, osteoporosis, hipertensión, alcoholismo, tabaquismo y enfermedades mentales como la depresión, ansiedad, psicosis, y retraso mental.

La alimentación saludablemente, el ejercicio físico ofrece beneficios como:

- Incrementa el funcionamiento del sistema cardiovascular y respiratorio mejora el aporte de oxígeno y nutrientes en los tejidos.

- Opera cambios en la mente del hombre. Produciendo efectos positivos en los estados depresivos, ansiedad, estrés y bienestar psicológico.
- Aumenta la circulación cerebral.
- Mejora y fortalece el sistema osteomuscular.
- Mejora el aspecto físico de la persona.

Los efectos del ejercicio y un conocido tranquilizante. El ejercicio proporcionó mayor alivio a la tensión muscular de sujetos crónicamente ansiosos de 52 a 70 años. Publicaciones médicas de USA reconocen ejercicio como medio para combatir la depresión, irritabilidad e insomnio. Atribuye al estilo de vida activo, el beneficio de mejorar la forma física asociada al optimismo, autoimagen, autoconfianza, capacidad mental y adaptación social del adulto se optimiza cuando se realiza ejercicio físico regular en grupo. (59)

Con base en lo anterior parece existir una relación entre la práctica regular y gradual de una actividad física y una mejoría y bienestar y la satisfacción por la vida.

Se considerar que "El ejercicio y la recreación propician en el adulto mayor un nuevo sentido a su vida, mediante el deporte, el juego, las excursiones, los paseos, la música, el baile y las artes. También, se incluye la lectura, los pasatiempos, jardinería, cine, teatro, reuniones sociales, actividades y exposiciones artísticas, los viajes, campamentos, servicio voluntario y todas aquellas actividades constructivas que resulten agradables y propicien una mejor calidad de vida para, familiares y amigos.

El ejercicio es una fuente importante de salud y de mejoramiento de las cualidades orgánicas de las personas. Así lo consideran los

investigadores, al aplicar un estudio a mujeres de edad superior a los sesenta años, lo cual obtuvieron cambios fisiológicos positivos al realizar un programa de entrenamiento de seis meses de marcha progresiva con dos sesiones a la semana. (60)

La práctica de actividad física regular es cuando las prioridades de salud pública como forma de prevención de enfermedades crónicas 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; existen también mejora del auto-concepto, autoestima, imagen corporal y disminución del stress, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización. (61)

Con ejercicios aeróbicos adecuados, aunque estos se empiezan a la edad de 60 años, se puede incrementar de uno a dos años la esperanza de vida, la independencia funcional, y ayudar a prevenir enfermedades. Se ha encontrado que las dos tercera parte de las personas con más de 60 años practican de manera irregular alguna actividad física o son totalmente sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión. (62)

Muchas investigaciones han demostrado que la práctica física regular incrementa la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas específicas, incluyendo las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad. (63)

En programas de ejercicios supervisados para la tercera edad, los factores de riesgos de lesiones, dolores, accidentes y hasta muerte se encontraron a una intensidad más alta de 85% de la frecuencia cardiaca máxima; de hecho, el ejercicio excesivamente intenso o prolongado puede conducir a una fatiga extrema, un cansancio y una convalecencia que retarda los beneficios del ejercicio.

Se recomienda una actividad física regular (de 3 hasta 4 veces por semana) de duración moderada (de 20 hasta 30 minutos) y de una intensidad suficiente (de 70% hasta 85%) para obtener efectos de acondicionamiento, minimizando los riesgos de la actividad física. (64).

Tomando en cuenta las diferencias de la población de la tercera edad, el Colegio Americano de Medicina Deportiva recomienda un programa de entrenamiento que siga los lineamientos básicos de prescripción de la frecuencia, intensidad, duración y tipo de actividad para un adulto sano, siendo diferente en su aplicación. Un adulto mayor es diferente y tiene mayores limitaciones física-médicas que un participante de edad mediana, por esto la intensidad del programa es menor mientras la frecuencia y duración se incrementan. El tipo de entrenamiento debe evitar las actividades de alto impacto, además debe permitir progresiones más graduales y mantener una intensidad de un 40% hasta un 85% de la frecuencia cardiaca máxima. Es también importante incluir en el programa un entrenamiento de mantenimiento de la tonicidad y resistencia de los grandes grupos musculares. (65)

También se ha encontrado que el ejercicio es benéfico para la salud mental en la tercera edad encontraron que el ejercicio mejora la autoestima, el autocontrol, el funcionamiento autónomo, los hábitos de sueño, las funciones intelectuales y las relaciones sociales. (66)

Cuando se investigaron los estados de ánimos positivos y negativos y la fatiga de mujeres después de una clase de aeróbicos, se encontró

una diferencia significativa entre los estados de ánimos antes y después de la clase: el efecto positivo se incrementó y la fatiga se redujo. (67)

Se puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad dándole mayor flexibilidad, fuerza y volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica. (68)

### **Ocio en el Adulto Mayor.**

Un enfoque simplista del ocio y de la recreación en la tercera edad, nos llevaría a considerarlas como una mera opción individual del tiempo libre y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Los sujetos que envejecen adecuadamente utiliza y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicas, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renunciar a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.

En la tercera edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

## **Recreación en el adulto mayor:**

La recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento”.

Visto el problema desde éste ángulo, las estrategias para el desarrollo de programas de ocio y recreación con el adulto mayor, tendrían una función potenciadora de lo individual y lo social, ya que a diferentes niveles y en diferentes formas contribuirán a satisfacer diversas necesidades individuales y actuarán como medio de integración social del adulto mayor.

El ocio y la recreación, desde esta visión, resultan generadores de beneficios múltiples para las personas de la tercera edad, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- Potenciar la creatividad y la capacidad estética y artística.
- Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado.
- Fomentar los contactos interpersonales y la integración social.
- Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas.
- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas.
- Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal
- Servir como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés propias de esta etapa de la vida.
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.

- Mantener o desarrollar la capacidad del disfrute lúdico y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades.
- Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal.

Los tipos de recreación artística, cultural, deportiva y pedagógica tienen por finalidad principal el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; servir de estímulo de creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes. Por otra parte, estas actividades propician el establecimiento de relaciones interpersonales y la integración social de los sujetos, con independencia de sus favorables efectos sobre la salud y el bienestar psicológico.

La recreación ambiental, además de propiciar el disfrute de las relaciones con el medio ambiente, propicia la identificación con éste y fomenta el desarrollo de una cultura sostenible y la motivación por su preservación.

En el caso de la recreación comunitaria, esta se orienta a la creación o fortalecimiento de redes de apoyo social, especialmente para las personas que viven solas, o tienen escasos recursos.

El ocio y la recreación, en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad.

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 de volumen sistólico, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y mejora de perfil de lípidos; existen también mejora del auto-concepto, autoestima, 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. El entrenamiento de fuerza es fundamental y puede ser prescrito con algunos cuidados inclusive en individuos hipertensos o con problemas cardiovasculares.

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 movilidad articular, amputación y pacientes con problemas de locomoción.

Para mantener la independencia funcional la prioridad de variables que deben ser trabajadas son: entrenamiento de la fuerza muscular, equilibrio, entrenamiento aeróbico, movimientos corporales totales y cambios en el estilo de vida. Además de los protocolos específicos lo más importante es estimular el cambio o la manutención de un estilo de vida activo en que el anciano suba escaleras, permanezca más tiempo de pie, haga contracciones de la musculatura abdominal y perineal cuando está sentado, cuide del jardín, cuide de la casa y evite usar el control remoto. (69)

Se sabe que la actividad física declina con la edad, parte es por lo biológico pero gran parte es por la reducción de la actividad, bastante común entre gente de edad avanzada y en cierta medida causada por factores sociales que dejan la actividad física y el deporte para gente

joven. Un punto importante son las actividades lúdicas ya que los individuos no saben cómo ocupar el tiempo libre que antes ocupaban con el trabajo; no saben cómo recrearse, ni que actividades físicas realizar.

Han existido varias formas de identificar el estilo de vida; una forma ampliamente difundida ha sido caracterizar los comportamientos de riesgo de las personas para aludir a aquellos comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud. (70).

### **Comportamiento de riesgo en el adulto mayor**

**Sedentarismo.-** Es la "falta de actividad física o inactividad física". Es una conducta o un estilo de vida. Produce una disminución en la eficiencia del sistema cardiovascular (corazón y circulación sanguínea), una disminución y pérdida de masa ósea y muscular, aumento de peso, aumento de la frecuencia cardiaca y presión arterial. (71)

El sedentarismo es la causa del 70 por ciento de los problemas de salud durante la vejez, el doble de otras enfermedades asociadas a esta etapa de la vida como la hipertensión o el colesterol. (72)

El sedentarismo provoca que los adultos mayores pierdan sus capacidades funcionales de una manera más acelerada. Con ello aumenta su dependencia de otras personas y esto hace parte de sus vidas. Este es un hábito que se debe erradicar de la sociedad. El sedentarismo provoca que las personas no sean capaces de realizar las tareas más sencillas de su quehacer diario y es común que se asocie con la mayoría de enfermedades del sistema cardiovascular, óseo y muscular.

**Consumo de Tabaco.-** El cigarro es uno de los productos más extendidos y populares del mundo, es una planta seca de tabaco

picado. Sus hojas contienen un alcaloide (nicotina), líquido, incoloro, volátil presente en las hojas, aunque se puede producir sintéticamente. Este alcaloide se absorbe fácilmente en las vías respiratorias, y mucosa oral y piel, con cualidades narcóticas, eméticas y deprimentes del corazón". En cantidades variables van de 0.2 al 5% excitando el Sistema Nervioso Vegetativo. Recubierto por una hoja de papel sumamente delgada, en sus extremos está dispuesto el filtro, el cual tiene por misión el filtraje de partículas tóxicas cancerígenas que repercuten del humo.

Los efectos del tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar son equivalentes a los encontrados en fumadores activos de menos de diez cigarrillos día. El tabaquismo supone el 80-90% casos de EPOC, aunque el 15% desarrollan obstrucción significativa.

Ocho de cada 10 fallecidos por bronquitis crónica y enfisema fueron atribuibles al tabaquismo en los años 1995 y 2007. En las mujeres 7 de cada 10 y en los hombres 8 de cada 10 defunciones.

Los fallecidos por tabaquismo aportaron entre el 1 y el 3% del total de fallecidos en los años 1995 y 2007, respectivamente. En este último año la mortalidad atribuible en hombres (1 395 defunciones) excedió en 29% la de las mujeres (1 082 defunciones).

Estudios probabilístico basados en las pautas de consumo actuales, señalan que para el año 2025 el tabaco será causa de más de diez millones de muertes en el mundo.

Las estadísticas muestran que cada 6,5 segundos muere una persona como consecuencia del consumo directo de tabaco y cada año la cifra se aproxima a los 5 millones. De los 1 300 millones de fumadores en el mundo, la mitad morirá a consecuencia de su adicción, de ellos, 325 millones de personas entre 35 y 69 años. Sí la lucha contra el tabaquismo logra sus propósitos, se podría salvar la vida de 200 millones de personas hasta el 2050.

Por otro lado la **Organización Mundial de la Salud** hace mención a la asociación causal entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, bucal, laringe, faringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Además señala que el humo colateral del cigarrillo contiene mayor concentración de carcinógenos que el humo central, incrementando el riesgo de cáncer en fumadores pasivos. Igualmente, se ha demostrado que el humo del tabaco contiene más de 3.900 Compuestos químicos y en las hojas más de 2.500, la mayoría de estas sustancias son carcinógenas.

De acuerdo a los resultados que arrojó el estudio de su origen se ha establecido que el tabaco tuvo su nacimiento en el altiplano andino y llegó a la zona del Caribe entre unos dos mil o tres mil años A.C. Cristo por lo cual su presencia en el planeta es realmente milenaria.  
(73)

**Consumo de Bebidas Alcohólicas.-** La dependencia al alcohol es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo; sin embargo, el consumo y el abuso de alcohol a menudo no se aprecian como relevantes para el cuidado de los adultos mayores.

La sensibilidad del sistema nervioso central al alcohol aumenta con la edad, y la interacción entre los medicamentos y alcohol es motivo de especial preocupación en este grupo de edad, si se tiene en cuenta el alto porcentaje de ancianos que consumen diferentes tipos de fármacos. En el AM los problemas con el alcohol a menudo se presentan de manera inespecífica como accidentes, insomnio y maltrato.

El consumo riesgoso es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas. Se estima que consumir más de 7 bebidas estándar x semana o más de 3 en una ocasión en las mujeres o en las personas > 65 años lo ubican en esta categoría. Se considera una bebida estándar el equivalente a una

copa de vino, una lata de cerveza o una copa de alcohol. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental.

Abuso de alcohol: Se refiere a la recurrencia de deterioros clínicamente significativos en los últimos 12 meses, tales como fallas para cumplir con las obligaciones mayores, exponerse a situaciones peligrosas, problemas legales, personales o sociales producidos o exacerbados por el consumo de licor.

La dependencia al alcohol o alcoholismo es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. (p ej: deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones). En el Reino Unido se evaluaron los efectos nocivos de 20 sustancias: el alcohol fue la sustancia más perjudicial, seguido por heroína, cocaína y tabaco. Sólo se analizaron efectos negativos y ningún criterio exaltaba los posibles efectos benéficos.

Los efectos nocivos del alcohol en la salud de los humanos han sido descritos desde la antigüedad.

El alcohol puede producir daños en el sistema nervioso como encefalopatía, demencia, neuropatía; problemas psiquiátricos como dependencia, depresión, ansiedad, en sistema cardiovascular induce hipertensión, arterioesclerosis enfermedad coronaria y miocardiopatía y en otros órganos cirrosis hepática, pancreatitis, mayor predisposición a tumores, y propensión a infecciones. (74).

### 2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

**H1:** Existe relación entre los estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. Tullpuna, Cajamarca 2013.

**H0:** No existe relación entre los estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. La Tullpuna. Cajamarca 2013.

### 2.4. VARIABLES:

- **Variable Independiente:**  
Estilos de vida.
- **Variable Dependiente:**  
Enfermedades crónicas degenerativas del adulto mayor

#### **Definición conceptual:**

**Estilos de vida.-** El estilo de vida es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicos a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones. Considerando los siguientes aspectos: consumo de hoja de coca, consumo de alcohol, actividad física, mal hábito alimenticio y tratamiento farmacológico. (75)

**Enfermedades Crónico Degenerativas.-** Son enfermedades que van avanzando progresivamente hasta que terminan con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerlas.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CRITERIOS
INDEPENDIENTE	Estilos de vida	Conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas, están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicos a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre distintas opciones. (76)	Comportamientos	Conductas saludables.	Práctica de: actividades de recreación y ocio: Caminata Baile Juegos Siesta Deporte	Nunca (1) A veces (2) Siempre (3)
				Conductas no saludables	Hábitos nocivos: Sedentarismo  consumo de: Coca Café Tabaco Alcohol	Nunca (3) A veces (2) Siempre (1)

DEPENDIENTE	Enfermedades Crónicas Degenerativas	Son enfermedades que van avanzando progresivamente hasta que terminan con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerlas.	Estado de salud del adulto mayor.	Diferenciando los tipos de patologías propias del adulto mayor.	Tipos de enfermedades: Músculo Esquelética Sensoriales Hipertensión Diabetes Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ( )</li> <li>• No ( )</li> </ul>
-------------	-------------------------------------	---	-----------------------------------	---	---	--

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación fue de tipo descriptivo, analítico, transversal y correlacional.

**Descriptivo.-** porque se describe tal y cual se presentó el problema de investigación, buscando especificar las propiedades importantes de la muestra

**Transversal.-** porque estudia los fenómenos en un momento dado en el tiempo.

**Analítico.-** porque se analizó los resultados encontrados en base a literatura revisada y se confrontaron con otras investigaciones y las vivencias propias determinando el porqué del suceso de los fenómenos y estableciendo la causa y los efectos en las variables.

**Correlacional.-** porque busca establecer la relación entre dos o más variables, en este caso se explica la relación que existe entre las enfermedades crónicas degenerativas y los estilos de vida de los integrantes de la muestra en estudio.

#### 3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:

El estudio se realizó a los integrantes de la Asociación del adulto mayor-La Tullpuna, que pertenece al Centro Integral del Adulto Mayor de Cajamarca (CIAM), gerenciada por la Municipalidad Provincial, la muestra en estudio tuvo como residencia la zona periférica de la ciudad, específicamente en el centro poblado la Tullpuna, los

integrantes de esta organización tienen una coordinadora quien desarrolla diversas actividades en el grupo y además es la conexión directa con las autoridades del programa CIAM.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA: POBLACIÓN**

La población estuvo constituida por 80 personas adultos mayores de 65 años a más, integrantes de la Asociación del adulto mayor-Tullpuna. Cajamarca 2013.

#### **MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por 50 personas que asistían normalmente a las reuniones del grupo las que fueron seleccionadas previa aceptación de participar en el estudio.

#### **CRITERIOS**

##### **A. De inclusión.**

- Todos los adultos mayores de ambos sexos que asistieron normalmente a la asociación.

##### **B. De exclusión.**

- Los adultos mayores que participan en otros grupos.
- Adultos que asisten esporádicamente a la Asociación.

##### **C. Éticos.**

- Los adultos participaron de forma voluntaria sin ninguna coacción (consentimiento informado).

### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Cada uno de los adultos mayores integrante de la Asociación de la Tullpuna. Cajamarca.

### 3.5. TECNICA Y RECOLECCION DE DATOS

La técnica utilizada fue la entrevista, en donde se aplicó un cuestionario elaborado por las autoras, el cual estuvo estructurado en tres partes: la primera contenía preguntas referentes a las características sociodemográficas de la población en estudio, con el único propósito de caracterizar la muestra. La segunda parte contenía preguntas sobre estilos de vida y la tercera, preguntas sobre los tipos de enfermedad crónico degenerativas que padecieron los adultos mayores.

El cuestionario se aplicó de manera individual durante las reuniones establecidas por la coordinadora de la Asociación del Adulto Mayor, para la recolección de datos.

Para las respuestas sobre el tipo de enfermedades que padecieron los integrantes de la muestra en estudio se consideró las alternativas: Sí y No.

Para las respuestas sobre estilos de vida se consideró los criterios: Nunca tiene un valor de uno (1), a veces dos (2), y siempre tres (3), para las 5 preguntas relacionadas a conductas saludables. Y para las 5 preguntas sobre conductas y hábitos inadecuados, la puntuación será a la inversa. Los puntajes que se obtuvieron se valoraron utilizando el criterio de percentiles como medida estadística descriptiva.

15 puntos (Máximo)= Percentil, 100

8 puntos (Promedio) = Percentil, 50

La calificación de los estilos de vida se determinó con la siguiente puntuación:

- De 1 a 8 puntos = Estilos de vida inadecuado
- De 9 a 15 puntos = Estilos de vida adecuados

### **3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

La validez se realizó mediante la prueba piloto aplicando el cuestionario a diez adultos mayores con las mismas características y que no participaron en el estudio, lo que permitió el ajuste en el instrumento.

La confiabilidad se determinó según el coeficiente de Alfa de Cron Bach, el que arrojó un valor de 86% de confiabilidad del instrumento.

### **3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

El procesamiento de datos se procedió a la codificación manual, método que nos permitió depurar a los datos innecesarios proporcionados por las personas entrevistadas, al mismo tiempo se usó paquetes estadísticos SPSS v 19, la información organizada se presentó en tablas simples y de doble entrada. La interpretación y análisis se realizó en base a los resultados encontrados, apoyándonos en la bibliografía y otras investigaciones referentes al estudio en mención.

Para el análisis inferencial de la información se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Chi Cuadrado, en tablas de contingencia con la finalidad de encontrar la relación que existe entre

las variables, utilizando un nivel de significancia del 5% equivalente al 95 % de confiabilidad.

## CAPITULO IV

### INTERPRETACION Y ANALISIS

**TABLA 1: Características generales de los integrantes de la Asociación del Adulto Mayor-Tullpuna, Cajamarca- 2013**

Características		Nº	%
Edad (años)	De 60 a 79	40	80
	De 80 a más	10	20
	<b>Total</b>	50	100
Sexo	Masculino	17	34
	Femenino	33	66
	<b>Total</b>	50	100
Estado Civil	Casado (a)	18	36
	Conviviente	19	38
	Viudo (a)	13	26
	<b>Total</b>	50	62
Grado de Instrucción	Analfabeto (a)	10	20
	Primaria completa e incompleta	37	74
	Secundaria completa e incompleta	3	6
	<b>Total</b>	50	100
Ingreso Económico (nuevos soles)	< 100	3	6
	De 100 a 500	8	16
	No refiere	39	78
	<b>Total</b>	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado por el investigador.

En la presente tabla se observa que el 80% de la muestra en estudio se encuentra entre 60 y 79 años de edad y 20% de 80 años a más. Referente al sexo, el 66% son de sexo femenino y 34% masculino. En estado civil se aprecia que el 34% son casados, 26% viudos, 24% convivientes y el 14% solteros. Según el grado de instrucción 46% tienen primaria incompleta, 28% primaria completa, 4% secundaria completa y el 2% secundaria incompleta y 20% analfabetos. Ingreso Económico, 78% no refiere, el 16% entre 100 y 500 nuevos soles y el 6% menor de 100. Resultados corroborados por el

**Instituto Nacional de Estadística e Informática**, el que indica que el 37,4% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, a personas de 60 y más años de edad, y 8,2% por adultos de 80 y más años de edad. (77)

En cuanto al sexo o género actualmente hay más mujeres mayores de 60 años en el Perú. Y la esperanza de vida de estas se estima que para el 2015 llegara a los 83 años y la del hombre a 80. Respecto al estado civil, el 62,7% de los adultos mayores son casadas(os) o convivientes, el 24,3% son viuda(s) y el 13,0% declaran otro estado civil (divorciada(o), separada(o) o soltera(o). (78)

En el Perú, el 18,7% de adultos mayores han logrado estudiar algún año de educación secundaria, 12,1%, educación superior y 26,2% son analfabetos. (73) **ENAHO, INEI, 2011** (79)

Asimismo algunas características son similares y otras no, a las encontradas por **Troncos B.** en su estudio "Estilos de vida y factores Biosocioculturales del adulto mayor, el 28,32% de las personas adultas tienen ingreso económico de 1000 soles mensuales, mostrando gran diferencia con los hallazgos del presente estudio, toda vez que este fue aplicado en la zona periurbana de la ciudad y el estudio en referencia en una urbanización en donde la población pertenece a otro nivel social. (80)

La Encuesta Nacional de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) en su informe trimestral abril-mayo-junio 2011 ha revelado que la población con 60 y más años de edad denominada personas "adultas mayores", representa el 8,9% del total de población (el 7,5% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,4% de 80 y más años de edad), aumentando tres décimas porcentuales en comparación con el año anterior. (81)

**TABLA 2: Enfermedades crónicas degenerativas en los integrantes de la Asociación del Adulto Mayor-Tullpuna, Cajamarca. 2013.**

Enfermedades		Nº	%
<b>Músculo Esquelético</b>	<b>Sí</b>	40	80
	<b>No</b>	10	20
	<b>Total</b>	50	100
<b>Sensoriales</b>	<b>Si</b>	38	76
	<b>No</b>	12	24
	<b>Total</b>	50	100
<b>Hipertensión Arterial</b>	<b>Si</b>	10	20
	<b>No</b>	40	80
	<b>Total</b>	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado por el investigador.

Los resultados observados muestran que los adultos mayores que conforman la muestra en estudio presentaron enfermedades crónicas degenerativas del sistema músculo esquelético, 80%; 76% sensoriales y 20% hipertensión arterial.

Cifras coincidentes con los hallazgos en el estudio: Patologías frecuentes en los integrantes del Centro de Atención del Adulto Mayor. En donde se encontró que las Enfermedades del sistema músculo esquelético ocupaban el primer lugar con un 78,7%, seguida de las sensoriales con un 46,0% y neurológicas con un 44%, influyendo negativamente en la calidad de vida de estos. (82)

En el área de salud, el 73,6% de la población de 60 y más años de edad, presentó algún problema de salud; así mismo el (83,2%) de mujeres de la zona urbana padecen problemas de salud crónico. En relación a morbilidad agrupada, tenemos en primer lugar la enfermedad relacionada al sistema óseo muscular en 12% (artrosis, dorsalgias), la Hipertensión Arterial Primaria ocupa un segundo lugar con un 5.7% (83)

La fuerza extensora de la rodillas, en un grupo de personas sanas de 80 años de edad (hombres y mujeres) estudiadas en el "Copenhague City Heard Study", estaba 30% por debajo del grupo de 70 años estudiada previamente. Dichos estudios indican que la fuerza muscular disminuye en un 15% en los adultos mayores es una causa importante de incapacidad por década, y alrededor del 30% después considerando los bajos niveles de actividad que se observa en ellos. (84)

Una sustancial pérdida de la fuerza de las piernas y de la zona lumbar en personas mayores, no sólo limita la locomoción, menos 40% de las personas mayores de 80 años experimentan una caída, elevándose en un 61% en pacientes alojados en instituciones (85)

El actual gobierno ha establecido dos grandes políticas en el área de salud; la primera, referida a la promoción y prevención de enfermedades y, la segunda, a mejorar el acceso y calidad de la atención de salud que se oferta en los establecimientos del sector, a los grupos más vulnerable. (86)

Frente a este panorama podemos darnos cuenta de la realidad en la que viven las personas de la tercera edad de la región Cajamarca, toda vez que la morbilidad está representada por cifras muy altas colocándolo dentro de los grupos etarios más vulnerable. El MINSA viene trabajando a fin de construir redes de apoyo social dirigido al adulto mayor. Estas Redes están integradas por los gobiernos locales y Regionales, ONG, MIMDES, MINEDU, Ministerio Público, FFAA y Policiales, Iglesia y otros, y tienen como objetivo concertar acciones, implementación de estrategias y optimización de recursos para la atención integral de la salud de las personas adultas mayores.

A nivel local las personas de la tercera edad reciben apoyo de la Municipalidad Provincial de Cajamarca, con el programa Centro integral de Atención del Adulto mayor (CIAM), cuyo objetivo es brindar atención

integral a este grupo, para mejorar su calidad de vida e integrarlos plenamente al desarrollo social, económicos, político y cultural, en nuestra comunidad, implementando para ello, en forma progresiva diversos servicios y programas sobre los beneficios sociales que presentan a favor del adulto mayor.

**TABLA 3: Estilos de vida de las personas integrantes de la Asociación del Adulto Mayor- Tullpuna, Cajamarca.**

Estilos de vida	Criterios						Total		
	Nunca		A veces		Siempre		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<b>Actividades Saludables</b>	<b>Caminata</b>	42	84	8	16	-	-	50	100
	<b>Baile</b>	24	48	6	12	20	40	50	100
	<b>Juegos</b>	23	46	5	10	22	44	50	100
	<b>Siesta</b>	23	46	25	50	2	4	50	100
	<b>Deporte</b>	40	80	9	18	1	2	50	100
<b>Hábitos Nocivos para la salud</b>	<b>Coca</b>	48	96	2	4	-	-	50	100
	<b>Café</b>	46	92	4	8	-	-	50	100
	<b>Tabaco</b>	44	88	5	10	1	2	50	100
	<b>Alcohol</b>	47	94	1	2	2	4	50	100
	<b>Sedentarismo</b>	12	24	16	32	22	44	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado por el investigador.

En la presente tabla se aprecia que 84 y 80%, de la muestra en estudio, nunca practican la actividad de caminar y hacer deporte. 50% a veces acostumbran siesta. El 44 y 40% siempre practican baile y juegos. 88 al 96% nunca consumen sustancias nocivas; 10% a veces tabaco; 4% siempre alcohol. Y 44% siempre son sedentarios.

Según lo observado podemos comprobar que un alto porcentaje de los integrantes de la muestra en estudio, nunca practican actividades de ejercicios físicos y ocio que le provean recreación y confort. Así como un porcentaje considerable siempre son sedentarios, probablemente esto se deba a la influencia del patrón cultural de vida que tienen, o por padecimientos ósteo musculares; sin embargo existe un porcentaje considerable de los adultos mayores, que siempre practican actividades de recreación tales como juegos y baile, aspecto satisfactorio puesto que la práctica de estas actividades mejoran la función biológica y mental del ser humano. Todo lo relacionado con el juego lúdico es importante como medio de entretenimiento, ya que los individuos no saben cómo ocupar el tiempo libre que antes ocupaban con el trabajo; no saben cómo recrearse, ni que actividades físicas realizar.

Se sabe que la actividad física declina con la edad, parte es por lo biológico pero gran parte es por la reducción de la actividad, bastante común entre gente de edad avanzada y en cierta medida causada por factores sociales que dejan la actividad física y el deporte para gente joven.

Caspersen indica que el ejercicio físico es definido como una categoría de la actividad física, específico, libre y voluntario, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar o mantener una o más de las cualidades biomotoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo. (87)

Se ha demostrado la importancia del ejercicio físico para el control del peso, reducción del colesterol, mantenimiento adecuado de la glucosa en la sangre, la disminución del riesgo de enfermedad coronaria, hipertensión arterial y muerte súbita.

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 no son solamente biológicos, sino que también mejora el auto-concepto, autoestima, imagen corporal y disminución del estrés, ansiedad, insomnio, 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 y bailar (88)

Es importante resaltar que la mayor parte de adultos mayores prefieren tener una vida sedentaria considerada esta, como parte de los estilos de vida inadecuada provocando que los adultos mayores pierdan sus capacidades funcionales de una manera más acelerada. Con ello aumenta su dependencia de otras personas y esto hace parte de sus vidas, provoca que las personas no sean capaces de realizar las tareas más sencillas de su quehacer diario y es común que se asocie con la mayoría de enfermedades del sistema cardiovascular, óseo y muscular. (89)

También encontramos en los resultados que el más alto porcentaje de la muestra en estudio, nunca consumen tabaco, alcohol, café, coca, y un mínimo porcentaje, siempre consumen dos de los insumos antes mencionados. Aspecto sumamente importante para contrarrestar la falta de actividad física y de recreación como hábitos saludables. Sin embargo debemos relevar los efectos nocivos en el organismo cuando se consume de forma exagerada estas sustancias.

El alcohol puede producir daños en el sistema nervioso, problemas psiquiátricos, afecciones cardiovasculares, cirrosis hepática, y pancreatitis. El café aumenta notablemente la secreción de ácido clorhídrico del jugo gástrico, con la consecuente acidez, empeora notablemente las úlceras gástricas y duodenales. Estudios científicos permiten establecer que cada cigarrillo consumido por un fumador habitual reduce a 9 minutos su vida, ya que los fumadores como promedio viven 15 años menos que los que logran alcanzar las personas no fumadoras. (90)

**TABLA 4: Estilos de vida adecuados e inadecuados de los integrantes de la Asociación del Adulto Mayor- Tullpuna, Cajamarca.**

<b>Estilos de vida</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Adecuados	28	56
Inadecuados	22	44
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por el investigador.

Como podemos observar 56%, de los 50 integrantes de la muestra en estudio tienen estilos de vida adecuados y 44% inadecuados. Estos resultados indican una mínima diferencia entre los estilos de vida adecuados (16%) con los inadecuados. Los estilos de vida son altamente influenciados por la idiosincrasia de los pueblos de tal manera que los seres humanos siguen un patrón de vida como herencia y va pasando de generación en generación, puede que exista algunos cambios, pero estos son aceptados y practicados por los jóvenes, y las personas mayores siguen con su forma de vida tradicional, reacios a aceptar cambios que de una u otra manera mantendrían la salud en buenas condiciones o para mejorar o evitar complicaciones de alguna enfermedad instalada.

La mayor cantidad de participantes del estudio, son personas migrantes de la zona rural con hábitos y costumbres arraigadas e incluso desconocen los beneficios de actividades recreativas en la salud, así como el daño por el consumo indiscriminado de sustancias nocivas.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial, espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se define como estilo de vida saludable. (91)

Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. (92)

Un factor muy importante para el mantenimiento de la salud integral es el espíritu, la moral, la actitud con que vivimos y hacemos las cosas. Investigaciones y evidencias crecientes revelan el hecho de que si una persona considera que la vida es estimulante, significativa, interesante, incitante no aburrida y tediosa, si persiste en propósitos importantes y vive experiencias satisfactorias, su organismo funciona mejor, se acrecienta su salud física y mental; resiste y vence a las enfermedades, Diríamos que todo esto constituye un seguro de vida sin gasto alguno. (93)

**TABLA 6: Relación entre las enfermedades crónicas degenerativas de la tercera edad y los estilos de vida en los integrantes de la Asociación del Adulto Mayor- Tullpuna, Cajamarca.**

Enfermedades		Estilos de vida				Total		Chi-Cuadrado	
		Adecuada		Inadecuada		N°	%	Valor	P
		N°	%	N°	%				
<b>Músculo Esquelético</b>	Si	19	67,9	21	95,5	40	80	5,864	0,029
	No	9	32,1	1	4,5	10	20		
	<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>		
<b>Sensorial</b>	Si	22	78,6	16	7,3	38	76	0,231	0,743
	No	6	21,4	6	2,7	12	24		
	<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>10,0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>		
<b>Hipertensión Arterial</b>	Si	4	14,3	6	2,7	10	20	1,299	0,302
	No	24	85,7	16	7,3	40	80		
	<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>10,0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>		

Fuente: Cuestionario aplicado por el investigador.

En la presente tabla se aprecia que los integrantes de la muestra en estudio que presentaron enfermedades del sistema musculo esquelético; 67,9% tienen estilos de vida adecuado; y 95.5% inadecuados. De las enfermedades sensoriales; el 78,6% adecuada 7,3% inadecuado. Y de las enfermedades hipertensivas; el 14,3% adecuado; 2,7% inadecuado.

Como podemos apreciar el mayor porcentaje de estilos de vida inadecuados, se encuentra en las personas de la tercera edad que padecieron problemas del sistema musculo-esquelético demostrando, relación estadísticamente significativa, con un valor de: P. valúo= 0,029. Estos resultados guardan relación con lo encontrado en la tabla n° 03, en donde un alto porcentaje de la muestra en estudio nunca realizó actividades físicas, probablemente por la pérdida de fuerza muscular en la edad avanzada, no tener el hábito de hacerlo o por limitaciones físicas de las personas que padecen de enfermedades musculo esqueléticas.

La disminución extrema de masa muscular (atrofia muscular) que se produce con la edad. La pérdida de la fuerza es atribuida a esta depreciación de masa, la cual se debe al deterioro de las fibras musculares, pérdida de

sarcómeros o unidades contráctiles del tejido muscular, factor fundamental que contribuye a la fragilidad del anciano (94)

En cuanto al alto porcentaje de estilos de vida adecuado y bajo porcentaje de inadecuado de las personas con alteraciones sensoriales podemos decir que tanto las actividades de recreación y ocio como los hábitos de consumo de sustancias nocivas no tienen relación relevante con los órganos de los sentidos que se vieron afectados en los integrantes de la muestra en estudio.

La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas de edad, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. (95)

Las personas de la tercera edad con hipertensión arterial presentaron un mínimo porcentaje en estilos de vida adecuados e inadecuados, probablemente se deba a la baja cantidad de personas que padecieron esta patología, sin embargo el bajo porcentaje de estilos de vida inadecuados no debe pasar desapercibido toda vez que las enfermedad hipertensiva no tratadas desencadenan un final funesto en las personas que la padecen.

La hipertensión es una enfermedad que actualmente está muy extendida en la población geriátrica. En el estudio Framingham se demostró que el 50% de las mujeres y el 40% de los hombres mayores de 65 años sufren esta patología. Los estudios realizados hasta el momento demuestran invariablemente que la hipertensión aumenta la incidencia de episodios cardiovasculares en ancianos, porque la edad es un factor de riesgo cardiovascular independiente de los valores de la presión arterial. (96)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial causa cerca del 50 por ciento de los casos de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo. La OMS estima que entre 10 y 30 por ciento de los adultos en todo el planeta tiene hipertensión arterial y entre 50 y 60 por ciento podría gozar de mejor salud si redujera sus cifras tensionales.

Asimismo es importante considerar al grupo de hipertensos que tuvieron estilos de vida adecuado, porque pese a padecer una patología crónica ponen de su parte para seguir un tratamiento, el cual es permanente para ser sostenible el estado de salud.

Aun cuando muchas veces la hipertensión aparece sin causa conocida, siempre resulta fácil determinar los elementos de riesgo presentes en el estilo de vida de estas personas. Para revertir este proceso en función de la salud del hombre y su calidad de vida es necesario: Llevar una dieta balanceada. Evitar el consumo excesivo de sal.- Practicar ejercicios físicos sistemáticamente.- Controlar el peso corporal.- Renunciar al hábito de fumar. Evitar las tensiones emocionales intensas y continuas- Reducir o eliminar la ingestión de bebidas alcohólicas. (97)

Es indudable que para continuar elevando la duración y calidad de vida de las personas, se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión. Ese reto se extiende a toda la sociedad, no sólo se concentra en el tratamiento y el control adecuado de los pacientes diagnosticados tiene que ver también con el incremento del número de personas que asuman un estilo de vida saludable con la participación por todos los actores de la comunidad y de las acciones que favorezcan estas conductas. Los adultos mayores hipertensos que participaron en un programa de ejercicio físico pudieron demostrar que su nivel de presión arterial logró controlarse y hasta se mejoró. (98)

Las enfermedades crónicas degenerativas constituyen un problema importante para la salud ya que su tasa de prevalencia cada vez va en

aumento, sabiendo que esto se puede evitar mediante un estilo de vida saludable realizando actividades acorde a la capacidad y alcance de la economía.

Algunos adultos mayores pierden el interés en mejorar su salud muchas veces por que se encuentran solos y desprotegidos lo cual origina en ellos desmotivación y depresión.

## CONCLUSIONES

1. Referente a los estilos de vida encontramos que un alto porcentaje de los adultos mayores nunca practican actividades de caminata y deporte. La mitad de la muestra a veces hace siesta. Un poco menos de la mitad siempre realiza actividad de baile y juegos; así mismo un mínimo porcentaje para la totalidad de la muestra, nunca consumen alcohol, tabaco, café, coca. La mínima cantidad consumen tabaco y alcohol, a veces y siempre, respectivamente y 44% siempre son sedentarios.

Por consiguiente, más de la mitad de la muestra tienen estilos de vida adecuados determinado por el criterio de percentiles como medida estadística descriptiva.

2. Las enfermedades crónicas degenerativas que padecieron los integrantes de la Asociación del Adulto Mayor fueron:

En primer lugar se encuentran las patologías del Sistema Músculo Esquelético (artrosis, artritis, lumbalgias), seguida de la enfermedades de los órganos sensoriales y en tercer lugar las enfermedades hipertensivas.

3. Considerando la significancia estadística con una de las enfermedades crónica degenerativa presentada en los integrantes en la Asociación del Adulto mayor se confirma parcialmente la hipótesis alterna.

## RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la Municipalidad Provincial de Cajamarca y autoridades del programa Centro Integral del adulto Mayor (CIAM). cumplir con los objetivos de detectar, prevenir, coordinar el tratamiento de enfermedades crónicas, así como desarrollar actividades recreativas, talleres en habilidades laborales y promover en la ciudadanía un trato diligente respetuoso para mejorar y hacer sostenible la salud de los integrantes.
- A la Facultad Ciencias de la Salud y Escuela profesional de Enfermería, propiciar a través del área del Adulto Mayor la ejecución de programas y/o proyectos sobre estilos de vida saludables (actividades de recreación, relajación, hábitos higiénicos y de alimentación) en favor de los adultos mayores, en especial a los que padecen de enfermedad crónica degenerativa.
- Al sector salud implementar el área del adulto mayor en los diferentes establecimientos así como capacitar al profesional de enfermería en la especialidad de geriatría, teniendo en cuenta el incremento porcentual de los adultos mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Técnico N° 03. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Abril-Mayo-Junio 2011. Lima-Perú, 2011. (1).
2. Belsky, J. Psicología del envejecimiento. Madrid: Paraninfo. 2001.
3. Chackiel J. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Serie Población y Desarrollo N°4. Santiago de Chile: CEPAL/ CELADE; 2000.
4. Idem 1
5. Lopategui Corcino E. La salud como responsabilidad individual. [Artículo en internet]. [Citado 2010 Ago. 26]. Disponible en URL. 2007.
6. Abizanda P. Predictores de mortalidad, deterioro funcional e ingreso hospitalario en una muestra de ancianos residentes en la comunidad. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 1998; 33 (NM 4):219-25. 2005.
7. Barrera-Perdomo M, Guzmán T, Lancheros-Páez L. Diabetes mellitus e hipertensión arterial: aspectos médicos y nutricionales. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2006. Pp 137-226.
8. MINSA 2012, Oficina general de Estadística Informática. Archivo: Relación orden de mérito nombramiento.pdf: Descripción: Relación del Personal por orden de mérito para el 15 de Nombramiento año 2012.
9. Fernández-Vázquez A Dávila-Mendoza R, Moreno-Castillo Y, Pedraza-Avilés A. Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2008; 41(3-4):83-9.
10. OMS, Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Organización Mundial de la Salud. Marzo de 2011.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Demográfica y Salud Familiar 2000 - 2011. Lima. INEI; 2012.
12. Hernández Consuelo, Última actualización: 07-04-2012.

13. Mendoza M. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del Asentamiento Humano Julio Meléndez – Casma 2009. [tesis para optar el título de enfermería]. Chimbote, Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote.
14. Ministerio de Salud “Lineamientos para la dirección general de las personas adultas mayores” 2005 (Citado el 26 de Noviembre del 2008) Disponible desde el URL.  
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf2>.
15. Batlle Gualdad E, Javani Casano V, Ivorra Cortez J.Pascual Gomez E.las enfermedades del aparato locomotor en España .Magnitud recursos humanos especializado. 2000.
16. Encuesta de salud de Cataluña (en catalán, *Catalunya*; en aranés, *Catalonha*) es una comunidad autónoma española considerada como nacionalidad histórica. 2006.
17. González, A., et ál. Palma López María. Principales Causas de Morbilidad en el Adulto Mayor. Rev Haban CiencMéd 2008; 7(2) [fecha de acceso 03 de diciembre del 2010]. Disponible en: <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/>.
18. González, A., Fernández, Guerrero, Lázaro; González, V. et ál. en un estudio que fue realizado sobre los estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. Cuba, 2004.
19. Maya, L. Investigación. Maya, L. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2006. Disponible desde el RL:  
[http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion\\_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf).
20. Durán Adriana, Valderrama Laura, Uribe Ana, González Angélica, Molina Juan. Enfermedad crónica en adultos mayores. (Colombia 2008) Univ. Méd. Bogotá Colombia [revista en la Internet]. 2010 [citado 08 de Dic 2010]; 51(1): 16-28. Disponible en:

<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v51n1/universitas%20m%e9dica%20vol.%2051%20no.%201/enfermedad%20c%3f3nica.%20p%e1g.%2016-28.pdf>.

21. Varela L, Ortiz P, Chávez H. Velocidad de la marcha como indicador de fragilidad en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45 (1): 22-25. 2010.
22. Barbera J A, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó F, Montemayor T, et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol.* 2001; Perú, Lima. 37:297-326-2006.
23. Aldereguía, Hospital Universitario A 2001 al 2002.  
[www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD092.Lima](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD092.Lima)
24. Sánchez R. Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Asentamiento Humano Laura Caller (Lima, 2009)  
Lic. Yixsy Lestapi Camacho | Publicado: 30/01/2012 | [Medicina Preventiva y Salud Publica](#) , [Medicina Familiar y Atencion Primaria](#) , [Geriatría y Gerontología](#) , [Artículos](#).
25. Villena L. (HUP Luis Felipe de las casas –nuevo Chimbote, notifica en su estudio de estilos de vida y factores biosoculturales del adulto mayor. 2011.
26. Huamán, Vidauri A. Soporte Familiar y Social en el Proceso Salud Enfermedad del Adulto Mayor del Distrito de Cajamarca. Tesis de Maestría publicada, Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca. 2008.
27. Alfonso JC, León EM, Menéndez J, et al. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. SABE. Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. La Habana. CITED; 2000.
28. Idem 1
29. Beauvoir, S Ancianidad: ¿Camino sin retorno? 2a. ed. México: Random House Mondadori. 216 pp. ISBN 978-970-810-505-Lakatta EG, Levy D. Arterial and cardiac aging: major shareholders in

- cardiovascular disease enterprises: Part I: aging arteries: a “set up” for vascular disease. *Circulation*. 2008. 107:139-46.  
Medline. <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
30. Castro Beiras A. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Masson: Barcelona 2000.
  31. MIMDES, Programa nacional contra la violencia familiar y sexual. Contra la violencia familiar y sexual en mujeres y varones de 15 a más años. Diciembre 2006.
  32. Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, 380(9859):2224–2260.
  33. Victor RG. Arterial hypertension. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010: chap 67.
  34. OMS | Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial...www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world health day.../es/Similares. Jefes de Estado y de Gobierno en septiembre de 2011.
  35. Tagle R. Hipertensión Arterial: “El camino inverso: de la práctica clínica a la fisiopatología de la hipertensión arterial” *Boletín Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile*. 2006; 31:16 – 23.
  36. *Michelson R. Hipertension Arterial en el Anciano. 1er Congreso Virtual de Cardiología. Documento Electrónico disponible en: <http://pcvc.sminter.com.ar>. Última consulta: Febrero 10 de 2010.*
  37. Nigro G, Comi LI, Limongelli FM, Giugliano MA, Politano L, Petretta V, et al. Prospective study of X-linked progressive muscular dystrophy in Campania. *Muscle Nerve*. 1999 May;6(4):253-62. | CrossRef | PubMed.

38. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw-Hill Professional, 2001.
39. Cardona AD, Estrada A, Agudelo GH. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002 pp 31-55.
40. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. J Gerontol 2001; 56 A (3):146-56.
41. Barboza, R. & Alvarado, D. Beneficios del Ejercicio y la Actividad Física en la Tercera Edad. En la Revista Educación, 11(2):99-103.1987
42. Reginster JV. Consensus development conference on osteoporosis: calcium for prevention and treatment of osteoporosis. Am J Med 1993;(5A):44-7. Seclén S, Hinostroza S. Contributors from Perú of Diabetes Epidemiology Research.
43. Kanis JA, Johnell O, Oden A, et al. E. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women in the UK. Osteoporos Int 2008; 19: 385-397.
44. Figuerola PD, Reynolds de BE, Ruiz M, Vidal PA. Diabetes mellitus, metabolismo y nutrición. En: Tratado de Medicina Interna. Madrid: Ed. Harcourt; 2000 (CD-R).
45. Villena L. 2010. Estilos de vida y factores biosoculturales del adulto maduro del HUP Luis Felipe de las casas – nuevo Chimbote, 2011; a. [Tesis para optar el título de enfermería]. Chimbote. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.
46. Díaz O y cols. Comportamiento Epidemiológico de la Diabetes Mellitus en el Municipio de Guines. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2004.

47. Garcia Gomes A. Garcia Quesada G, Berthelot B, Jerez P, Diaz Almonte Y. Prevalencias de enfermedades cerebrovasculares (CV) en un hospital docente del distrito nacional, Revista médica dominicana 2004.
48. Manual de urgencias oftalmológicas: diagnóstico y tratamiento. 2.ª ed. Barcelona: Ediciones Hartcourt, SA; 2001.
49. Montse Queralt. Especialista en Medicina de Familia y Geriátrica Médico Consultor de Advance Medical. [www.mapfre.com](http://www.mapfre.com) › Mayores › Síndromes geriátricos. 2013.
50. Idem 49
51. Cruz R, A.H. Cruz R. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto. A.H. San Genaro- chorrillos, 2010. [Tesis para optar el título de enfermería].
52. Canalejo GC, Gámez GG, Gutierrez II, Latorre FI, Márquez MJ, Ruiz MT. Los estilos de vida en la vejez. GEROKOMOS 2002; VIII (21): 132-138.
53. Bibeaw, Duncan, P; Maya, S: Los Estilo de Vida Saludables. Componente de la Calidad de Vida [Documento de Internet] Colombia. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio. 2001 [2006 Junio 16] [Alrededor de 2 pantallas].
54. Duncan, P; Los Estilo de Vida Saludables. Componente de la Calidad de Vida [Documento de Internet] Colombia. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio. 2001 [2006 Junio 16] [Alrededor de 2 pantallas].
55. Lopategui, E. María de los Ángeles Rodríguez (Universidad de Antioquía. puestas a las solicitudes de las necesidades del país. 2010.
56. Yates, Djoussé, Kurth, Bering y Gaziano, Un estudio longitudinal publicado en la revista *Archivos de Medicina Interna*, sobre la longevidad. 2008.
57. Oblitas, L.A. y E. BECOÑA, E (Eds). Psicología de la salud. México: Plaza y Valdez. 2000.

58. Gonzales, R etc. González, A. y Palma, M. Principales causas de morbilidad en una población de adultos mayores. Cuba. Recuperado el 12 de Diciembre del 2011 de:  
[http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm\\_vol\\_7num\\_2/rhcm08208.pdf](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_2/rhcm08208.pdf)
59. Saavedra, C. "La actividad física en la tercera edad". Lecturas: Educación Física y Deportes. 2000 Año 5.Nº 23, julio.  
<http://www.efdeportes.com/>
60. Hernández, R. Metodología de la Investigación 3 ed. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana México 2003. Consulta 26 de noviembre del 2008. Disponible en: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
61. Barry, H.C. & Eathorne, SW. Exercise and aging. Issues for the practitioner. Med. Clin. North. Am. 78(2): 357-76, March. 1994.
62. Lugo, M; Pascual, L; Perez, M; Noda, M Physical exercise. The results in hypertensive patients of area 30 of the Ploclínico Docente Lawson. En: Rev. Cubana. Enferm. 8(2): 86-91, Jul-Dec.2001.
63. Ashford, B., Biddle, S. y Goudas, M Participation in community sports centres: motives and predictors of enjoyment. En Journal of Sports, Health and Exercise, Staffordshire University. 11(3): 249-56, Jun.Larson, B. 2003.
64. Brown, M. & Holloszy, JO Effects of walking, jogging and cycling on strength, flexibility, speed and balance in 60 to 72 years old. 2001 In Aging Milano. Dec. 5(6): 427-34. Dawe, c. 2001.
65. Choi, PY. y otros Mood changes in women after an aerobics class: a preliminary study. En Health Care Women Int. 14(2): 1677, Mar-Apr.2003
66. Idem 64
67. Idem 65
68. Barry, et Barry, HC. & Eathorne, SW. (1994) Exercise and aging. Issues for the practitioner. Med. Clin. North. Am. 78(2): 357-76, March. AI 2005.

69. Chiroso, L. y otros. "Manejo de la composición corporal y factores de riesgo". Lecturas: Educación Física y Deportes. Año 5. No. 18, febrero. <http://www.efdeportes.com/> 2000.
70. Sánchez R., en su investigación: Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Asentamiento Humano Laura Caller. Lima 2009.
71. Padial Espinosa 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. OMS, 22 de mayo de 2004. WHA 57, 17. Disponible en [http:// www.who.int / gb / ebwha / pdf\\_files /](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/) [consulta: 01/02/09].
72. Braith, RW. y otros. Moderate and high intensity exercises lowers blood pressure in normotensive subjects 60 to 79 years of age. In American Journal Cardiol. Jun. 73(15): 1124-8. 1994.
73. Camacho Yixsy Lestapi Lic. Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina Familiar y Atención Primaria, Geriatria y Gerontología, | Publicado: 30/01/2012.
74. López Hernán, es médico Internista Geriatra, Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia. Reside en Bogotá Colombia. 2011.
75. Idem 51
76. Idem 51
77. Idem 1
78. Idem 1
79. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). Perfil sociodemográfico de la población Adulta Mayor. Perú. 2010.
80. Troncos B. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto. Urbanización san José – Piura, 2010. [Tesis para optar el título de Enfermería]. Chimbote. Universidad católica los Ángeles de Chimbote.2010.
81. Idem 79
82. Idem 26

83. Idem 1
84. Idem 40
85. Idem 41
86. Idem 1
87. Idem 58
88. Idem 61
89. Mora, Ana Carolina Licda Fisioterapeuta AS.CA.TE. Revisado por: r. Sellek Médico AS. CA.TE. 2005.
90. Idem 58
91. Idem 18
92. Idem 55
93. Idem 56
94. Idem 38
95. Idem 48
96. Idem 33
97. Molina Díaz R, Martí Canales C. Séptimo Informe del Joan National Committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Versión en español y Traducción del grupo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Documento electrónico disponible en:  
<http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html>. Última consulta: Enero 7 de 2010.
98. Idem 35

**ANEXOS**  
**CUESTIONARIO**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**TITULO**

Estimado señor (a) reciba nuestro cordial saludo y a la vez solicitamos su colaboración contestando las siguientes preguntas, esta interrogación se hace con la finalidad de recolectar información para el desarrollo de la tesis titulada: "Enfermedades Crónico Degenerativas de la tercera Edad y su relación con los Estilos de Vida de los Integrantes: Asociación del Adulto Mayor - La Tullpuna. 2013. Para poder obtener el título profesional de licenciado en Enfermería, La información recibida solo es de interés para el desarrollo de la investigación y se mantendrá en el anonimato; por lo que invocamos seriedad y veracidad que sus respuestas.

**I.- DATOS GENERALES**

- Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )
- Edad: 60- 79 años ( ) 80 a más años ( )
- Estado Civil: Casado( ) Soltero ( ) Viudo. ( ) Conviviente ( )
- Grado de Instrucción: Analfabeto ( )Primaria completa e incompleta ( )  
Secundaria completa e incompleta ( ) Superior ( )
- Nivel de ingresos < S/. 100.00 ( ) De 100.00-500.00 ( ) No refiere ( )

**II.- ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES**

1. ¿Acostumbra Ud. realizar actividades durante el día? tales como.

- |           |                                   |
|-----------|-----------------------------------|
| Caminata: | Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) |
| Baile:    | Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) |
| Juegos:   | Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) |
| Siesta:   | Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) |
| Deporte:  | Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) |

2. ¿Ud. Tiene el hábito de ser sedentario y consumir sustancias tales como:

Coca:                      Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( )

Café:                      Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( )

Tabaco:                    Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( )

Alcohol:                  Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( )

Sedentarismo:            Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( )

### III.-ENFERMERDADES DE LA TERCERA EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

1. Refiera Ud. ¿Qué enfermedades padece Ud. Y desde cuándo?

Músculo esquelética      Si ( )      No ( )

Sensorial                    Si ( )      No ( )

Hipertensión Arterial      Si ( )      No ( )

Diabetes                      Si ( )      No ( )

Insuficiencia Cardíaca      Si ( )      No ( )

Cáncer                        Si ( )      No ( )

GRACIAS