



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

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES
CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC. CAÑAR, 2014**

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

**AUTORAS: ELIZABETH NARCISA TOALONGO REYES
JULIA ISABEL ZARUMA AGUAIZA
JESSICA JESÚS ZUMBA JEREZ**

DIRECTORA: LCDA. MARCIA BEATRIZ PEÑAFIEL PEÑAFIEL

ASESORA: LCDA. JULIA ETELVINA ROMERO BRAVO

**CUENCA-ECUADOR
2014**

RESUMEN

Antecedentes: Las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, están asociadas con la edad avanzada, existen varios factores de riesgo: biológicos, psicológicos y comportamentales, los mismos que causan morbilidad y mortalidad tanto en hombres como mujeres.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles en los adultos mayores pertenecientes a la comunidad de Quilloac, Cañar 2014.

Metodología: El presente; estudio es estudio analítico de prevalencia; el universo lo constituyeron 350 adultos mayores, de los cuales se trabajó con una muestra de 133, quienes firmaron el consentimiento informado. Se utilizó como técnica la encuesta, instrumento elaborado por las autoras. Los datos fueron procesados y analizados mediante Microsoft office Word, Excel y SPSS versión 15, los resultados son presentados en tablas simples con sus respectivo análisis.

Resultados: Entre los resultados más relevantes están: de los 133 adultos mayores encuestados, el 59% corresponden al sexo femenino entre las edades de 65-80 años, presentan artritis con un 49%, los mismos que se realizan control médico el 89%; de estos el 74% toman medicación a veces. El 92% viven con sus familiares; el 89% se sienten satisfechos con su vida de los cuales el 65% son casados; el 89% consumen de 3-5 comidas diarias, con una alimentación equilibrada; el 71% realizan actividades exclusivas en el campo; el 45% consume bebidas alcohólicas de vez en cuando, el consumo de tabaco es de apenas el 3%.

PALABRAS CLAVES: FACTOR DE RIESGO, ADULTO MAYOR, ENFERMEDAD CRONICA, COMUNIDAD QUILLOAC, CAÑAR-AZOGUES.

ABSTRACT

BACKGROUND: non-communicable chronic degenerative diseases are associated with advanced age, there are several risk factors: biological, psychological and behavioral, the same ones that cause morbidity and mortality in the both men and women.

OBJETIVE: through this research, it was determined risk factors associated with non-communicable chronic degenerative diseases in older adults in the community of Quilloac, Cañar 2014.

METHODOLOGY: it is an analytical study of prevalence, the universe it constituted 350 adults older, of which is worked with a sample 133 who signed the consent informed. Be used as technical them surveys, instrument elaborated and validated by the authors. The data were processed and analyzed using Microsoft Word, Excel and SPSS version 15; the results are presented in simple tables with their respective analysis.

RESULTS: 133 older adults surveyed, 59% are women between the ages of 65-80 years, as current disease have Arthritis with 49%, perform medical control of its diseases 89% are satisfied with their lives of which 65% are married, 89% consume 3-5 meals daily to maintain a balanced diet 71%, exclusive activities carried out in the field, 45% consumed alcoholic beverages from time to time, tobacco consumption is lower incidence in this population group with 3%.

KEY WORKS: RISK FACTORS, ELDERLY, CHRONIC DISEASE, COMMUNITY QUILLOAC, CAÑAR AZOGUES.



INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA.....	12
AGRADECIMIENTO.....	15
CAPÍTULO I	16
1.1. INTRODUCCIÓN.....	16
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	19
CAPÍTULO II.....	20
2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO	20
2.1.1. EL ENVEJECIMIENTO.....	20
2.1.1.1. Fisiología del envejecimiento	20
2.1.1.2. Características del envejecimiento.....	20
2.1.1.3. Teorías del envejecimiento	21
2.1.1.4. Cambios del envejecimiento	22
2.2. ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES...24	
2.2.1. Diabetes Mellitus tipo II.....	25
2.2.2. Hipertensión arterial	27
2.2.3. Enfermedades reumáticas.....	30
2.2.3.1. Artritis reumatoide	30
2.2.3.2. Osteoporosis	31
2.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES	33
2.3.1. Factores biológicos.....	33
2.3.2. Factores psicológicos	37
2.3.3. Factores comportamentales modificables	38
CAPÍTULO III	43
3.1. MARCO REFERENCIAL	43
3.1.1. Comunidad de Quilloac	43
3.1.1.1 Localización y ubicación geográfica.....	43
3.1.1.2. Límites de la Comunidad de Quilloac.....	43



3.1.1.3. Misión y Visión de la Comunidad de Quilloac	44
CAPÍTULO IV	45
4.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
4.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	45
4.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	45
CAPÍTULO V	46
5.1. METODOLOGÍA	46
5.1.1. Tipo de estudio	46
5.1.2. Variables.....	46
5.1.2.1. Operacionalización de las variables.	46
5.1.3. Universo y muestra.....	46
5.1.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	46
5.1.5. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos y métodos.....	47
5.1.6. Plan de tabulación de análisis	47
5.1.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos	47
CAPÍTULO VI.....	49
6.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	49
CAPÍTULO VII.....	68
7.1. DISCUSIÓN	68
7.2. CONCLUSIONES	69
7.3. RECOMENDACIONES.....	70
CAPÍTULO VIII.....	71
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
CAPÍTULO IX.....	77
9.1. ANEXOS.....	77
9.1.1. ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	77
9.1.2. ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83
9.1.3. ANEXO 3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	84
9.1.4. ANEXO 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	87
9.1.5. ANEXO 5: FOTOGRAFÍAS	88



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Elizabeth Narcisa Toalongo Reyes, autora de la tesis **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC".CAÑAR, 2014"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 19 de Diciembre del 2014

Elizabeth Narcisa Toalongo Reyes

CI: 0105719140



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Julia Isabel Zaruma Aguaiza, autora de la tesis **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC".CAÑAR, 2014"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 19 de Diciembre del 2014

Julia Isabel Zaruma Aguaiza

CI: 0302294384



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Jessica Jesús Zumba Jerez, autora de la tesis **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC”.CAÑAR, 2014**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 19 de Diciembre del 2014



Jessica Jesús Zumba Jerez
CI: 0105539282



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Elizabeth Narcisa Toalongo Reyes, autora de la tesis **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC".CAÑAR, 2014"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 19 de Diciembre del 2014

Elizabeth Narcisa Toalongo Reyes

CI: 0105719140



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Julia Isabel Zaruma Aguaiza, autora de la tesis **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC”.CAÑAR, 2014**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 19 de Diciembre del 2014

Julia Isabel Zaruma Aguaiza

CI: 0302294384



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo Jessica Jesús Zumba Jerez, autora de la tesis **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC”.CAÑAR, 2014**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 19 de Diciembre del 2014

Jessica Jesús Zumba Jerez

CI: 0105539282



DEDICATORIA

En primer lugar quiero agradecer a Dios por darme la vida, sabiduría, fortaleza para lograr culminar con esta carrera la misma que necesita de mucho esfuerzo, dedicación, paciencia y cariño.

A mis padres Francisco y Narcisa por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles. Me han enseñado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos Edison, Franklin, Jessica y Lisbeth quienes me motivaron, me acompañaron y me apoyaron siempre para poderme realizar. Les adoro.

A mis compañeras Jessica y Julia con quienes compartimos buenos y malos momentos y juntas nos dimos fuerzas para seguir. Un abrazo inmenso.

ELIZABETH



DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, y estar presente en cada momento.

A mis padres Félix y Dolores, más que padres amigos y guías a seguir. Formarme en el camino de la vida, no ha sido fácil, pero tampoco imposible. Su infinito amor y sacrificio se ven reflejados en la valentía y lucha perseverante de quien va dirigida esta tesis.

A mis hermanos: Jaime y Félix, por su apoyo continuo a lo largo de mi carrera, las palabras de aliento necesarias para continuar siempre estuvieron presentes.

A mis compañeras de tesis: Jessica y Elizabeth, por el sacrificio y dedicación al cursar esta carrera y por el gran empeño en la realización de este trabajo investigativo; por los años de amistad que perdurarán toda la vida.

JULIA



DEDICATORIA

A Dios quien es el pilar fundamental en mi vida, por estar conmigo siempre en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para culminar esta carrera hermosa que me llena de gran satisfacción

A mis padres Manuel y Sofía que siempre me brindaron su apoyo e inculcaron valores importantes como el respeto, el amor y humildad que han hecho de mí el ser humano que soy.

A mis hermanos Sonia, Sandra, Vinicio, Carlos, Sofía, Sebastián y a un amigo muy especial Wilson y a todos quienes confiaron en mis capacidades y me alentaron siempre a lo largo de mi carrera.

A mis compañeras Julia y Elizabeth con quienes conjuntamente realizamos este trabajo con toda la dedicación y el amor la misma que me llena de gozo y satisfacción de haber cumplido un propósito más y me abre cabida para seguir avanzando como profesional.

JESSICA



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por la vida que nos da, a nuestros padres, hermanos, familiares y amigos, por brindarnos su apoyo, confianza y comprensión durante el desarrollo de este trabajo investigativo.

De igual manera un agradecimiento especial a la Lcda. Marcia Peñafiel y Lcda. Julia Romero por el tiempo, paciencia y confianza brindada, por compartir sus conocimientos y de esta manera culminar con éxito el desarrollo de esta tesis

A los adultos mayores de la comunidad de Quilloac por darnos apertura para el desarrollo de nuestra investigación.

LAS AUTORAS

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano se lo puede considerar como un deterioro de las funciones vitales de su organismo, a consecuencia de sus cambios biológicos, psicológicos y sociales que lo conducen a pérdidas funcionales de órganos y finalmente la muerte.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto, que ocasiona el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas y a su vez incapacidades.

Según la Organización Mundial (OMS) de la Salud existen varios factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles entre las que se puede citar: consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo del alcohol, dieta no saludable, sobrepeso, hiperglucemia, hiperlipidemia e hipertensión arterial, siendo esta última la principal causa de defunciones a nivel mundial con el 16.5%, estos problemas recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2010 en el Ecuador existe un total de 14'483.499 habitantes. De ellos 940.905 son adultos mayores, el 70% se encuentra entre los 65 y 85 años, 47% al sexo masculino y 53% al femenino. Las enfermedades crónico degenerativas en Ecuador representan un problema de salud pública, evitable, por ello en nuestro país se crea el Plan Estratégico Nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y sus factores de riesgo, con el objetivo de vigilar, prevenir las enfermedades y promocionar la salud en la población adulta mayor. ⁽¹⁾

Considerando lo antes mencionado, los adultos mayores son un grupo que merece atención prioritaria, promoción de sus derechos; este trabajo



aportará nuevos conocimientos acerca de la realidad en la que se encuentra la salud de los adultos mayores con relación a su enfermedad y los factores de riesgo que repercuten en la misma. Con esta información verídica y actualizada las autoridades competentes y el personal de salud trabajarán conjuntamente en el bienestar del cuidado de la salud del adulto mayor y su familia.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles son consideradas un problema de salud pública que generalmente se asocian a la edad avanzada. Según estudios realizados, las enfermedades más comunes son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva, cáncer, osteoporosis, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. En la actualidad, el mundo está experimentando un acelerado aumento de las enfermedades crónicas-degenerativas las mismas que son responsables de la morbilidad a nivel mundial.

En el Art. 36 y 37 de la Constitución de la República del Ecuador del 2008 indica que “las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, protección contra la violencia; protección, cuidado y asistencia personal cuando sufran enfermedades crónicas degenerativas.”⁽²⁾

Este grupo poblacional requiere ser tomado en cuenta como un grupo vulnerable en el que se requiere identificar los factores de riesgo a los que se asocia a las enfermedades crónicas y la atención especializada en el tratamiento y mantenimiento de su salud.

Por este motivo se realizó un estudio de investigación para que proporcione un panorama real sobre los factores de riesgo que se asocian a las enfermedades crónicas degenerativas en este grupo poblacional, debido a que en la zona no se han hecho estudios con referencia a esta problemática especialmente en los adultos mayores de la comunidad de Quilloac.

1.3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con las proyecciones demográficas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a partir del año 2003 una cuarta parte de la población tiene más de 60 años, 1 de cada 3 adultos es una persona de edad. En Cuba el 14,6 % de la población tiene 60 años o más, mientras que la esperanza de vida al nacer es superior a los 75 años. Para el año 2015 existirá más adultos mayores que niños, y ya en el 2025, uno de cada cuatro cubanos, será una persona adulta mayor. ⁽³⁾

En México la prevención y el control de las enfermedades crónico degenerativas es una prioridad para el sector salud. Su crecimiento y letalidad lo justifican. El efecto social de estas anomalías es creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud. Los objetivos de tales medidas son la prevención de nuevos casos y la disminución de la incidencia de las complicaciones en los casos afectados.

La presencia de enfermedades crónicas degenerativas en la actualidad constituyen una pandemia, en Ecuador según el INEC 2010, las principales causas de morbilidad son: enfermedades hipertensivas 7%, diabetes mellitus 6,5%, enfermedades pulmonares principalmente influenza y neumonía con un 5,4%.

Los datos antes mencionados nos muestran una realidad clara acerca de la presencia de enfermedades crónicas degenerativas en la población adulta mayor y por ello la importancia de poder identificar cuáles son los factores de riesgo que se asocian a la aparición de este tipo de enfermedades.

Es imprescindible realizar estudios que pongan en evidencia el problema con la finalidad de exponer cuales son los factores de riesgo que intervienen de manera negativa en el deterioro de la salud en los adultos mayores de esta población, la información obtenida en este estudio será utilizada como un apoyo para la búsqueda de soluciones que mejorar el estado de salud y lograr de esta manera un envejecimiento con dignidad.

CAPÍTULO II

2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1. EL ENVEJECIMIENTO

“El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos, progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable, asincrónico porque los órganos envejecen a diferente velocidad, individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, educacionales y estilo de vida de cada individuo.” ⁽⁵⁾

2.1.1.1. Fisiología del envejecimiento

El ser humano envejece progresivamente con el paso de los años a causa de una serie de alteraciones en la fisiología normal de las células del organismo causando una disfunción notoria y progresiva de cada uno de los órganos corporales.

2.1.1.2. Características del envejecimiento

El envejecimiento individual depende de características físicas, fisiológicas y psicológicas. Los órganos no envejecen con la misma rapidez en un sujeto, depende de factores ambientales, laborales y emocionales empieza con el nacimiento y culmina con la muerte.

En los últimos 20 años se ha observado un aumento en la expectativa de vida de las personas, pero la máxima sobrevivencia del ser humano se manifiesta alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.

2.1.1.3. Teorías del envejecimiento

Existen varias teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein (Medico estadounidense) y colaboradores describen dos grandes categorías:

a. Teorías estocásticas

- **Teoría del error catastrófico:** propone que con el paso del tiempo se producirá una acumulación de errores en la síntesis de proteínas que determinaran el daño de la función celular.
- **Teoría del entrecruzamiento:** postula que ocurrirán entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinara el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.
- **Teoría del desgaste:** las células y los órganos tienen partes vitales que se desgastan tras los años de uso, y que con la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.
- **Teoría de los radicales libres:** el daño acumulado por los radicales libres de oxígeno hace que una célula y finalmente los órganos pierdan su función y las reservas orgánicas. Se cree que el uso de antioxidantes y vitaminas relentizan el daño.

b. Teorías no estocásticas

- **Teoría del marcapasos** (poco probable): los sistemas inmune y neuroendocrino serían “marcadores” intrínsecos del envejecimiento. Su evolución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida.

- **Teoría genética:** es claro que el factor genético de un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conecten los mecanismos involucrados. ⁽⁶⁾

2.1.1.4. Cambios del envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios que afectan el aspecto biológico y psicológico de las persona. Además se produce una importante transformación en el papel social en que se ha desarrollado cada individuo. Los cambios que antes se ponen en manifiesto durante el envejecimiento son la continuidad de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física aproximadamente a los 18 a 33 años, a esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física.

a. Cambios biológicos

- **Sistema nervioso:** se reduce la velocidad de conducción nerviosa, aumenta la confusión con las enfermedades físicas y la falta de estímulos ambientales, la visión: disminuye el tamaño de la pupila , menor transparencia y mayor espesor del cristalino lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empore la visión lejana; la audición: menor agudeza para las frecuencias altas lo que deteriora la capacidad para comprender conversaciones normales; gusto y olfato: disminuye la sensibilidad para distinguir sabores salados, dulces, ácidos, a causa del deterioro de las papilas gustativas; en la piel: aparición de arrugas, manchas, flacidez, sequedad.
- **Aparato respiratorio:** aumento del volumen residual; disminución de la capacidad vital, intercambio de gases y capacidad de difusión; menor eficacia de la tos.
- **Sistema cardiovascular:** disminución del gasto cardiaco y capacidad de respuesta al estrés; la frecuencia cardiaca y el volumen sistólico no

aumentan con las demandas máximas; recuperación lenta de la frecuencia cardíaca y por consiguiente aumento de la presión sanguínea.

- **Aparato digestivo:** disminución de la salivación, dificultad para deglutir los alimentos, retraso del vaciado esofágico y gástrico, reducción de la motilidad gastrointestinal.
- **Sistema genitourinario:**
Varones: hiperplasia prostática benigna. Hallazgos: retención urinaria.
Mujeres: relajación de los músculos perineales. Hallazgos: disfunción uretral.
- **Sistema musculoesquelético:** disminución de la densidad ósea, disminución de la fuerza y masa muscular, degeneración de los cartílagos articulares. ⁽⁷⁾

b. Cambios psicológicos

La personalidad es un rasgo muy estable a lo largo de la vida y va a influir en el proceso del envejecimiento, una personalidad positiva favorece el estado de ánimo y el bienestar subjetivo de la persona, va a proteger en definitiva la salud psicológica y la capacidad de aceptar y adaptarse a los cambios propios de la edad. Existen otros factores que alteran el estado psicológico de las personas mayores como: estado de salud en general, nivel cultural, actividad física, mental y las relaciones personales.

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

Actualmente un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad como para afectar el funcionamiento social y profesional se entiende como demencia. El impacto de la demencia es de gran alcance no solo afecta la salud y el bienestar del paciente sino que también está asociado a una pesada carga para el cuidador, un aumento del uso de servicios sanitarios y necesidades de cuidado a largo plazo. ⁽⁸⁾

c. Cambios sociales

Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos que una persona ejerce dependiendo de su estatus social adquirido o atribuido, con el paso de los años los roles van cambiando y al llegar al envejecimiento la sociedad obliga al individuo a abandonar alguno de esos roles que ha desempeñado toda su vida.

2.2. ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades crónicas degenerativas, avanzan progresivamente y de forma silenciosa hasta terminar con la vida de las personas que las padecen. Este tipo de enfermedades son irreversibles debido a que van provocando daño a los órganos hasta acabar con su funcionalidad. Según la OMS indica que “las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de muertes”. ⁽⁹⁾

Estas enfermedades son las causantes de muertes y discapacidades más frecuentes en este grupo vulnerable de la población mundial. Se dice que “cerca del 46% de la población tiene alguna enfermedad crónica y aproximadamente el 60% de los 58 millones de muertes anuales son causadas por enfermedades crónicas”. ⁽¹⁰⁾

Según algunos estudios realizados se dice que las enfermedades crónicas más comunes son: la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, osteoporosis, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares como las dislipidemias y las enfermedades cerebrovasculares.

2.2.1. Diabetes Mellitus tipo II

Según datos y cifras de la OMS indica que, “en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes y se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre y que más del 89% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.” ⁽¹¹⁾

La revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes indica que “existe alrededor de 15 millones de personas con Diabetes Mellitus en Latinoamérica y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional y que entre un 20 y 40% de la población de Centro América y la región andina todavía vive en condiciones rurales, pero su acelerada migración probablemente está influyendo sobre la incidencia de la Diabetes Mellitus Tipo II (DMT2). La prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras que en las zonas rurales es apenas del 1 al 25%.” ⁽¹²⁾

a. Signos y síntomas de la DM tipo II

- Polidipsia
- Polifagia
- Poliuria
- Pérdida de peso progresivo y sin causa aparente
- Visión borrosa
- Somnolencia postprandial

b. Factores de riesgo

No modificables

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

Modificables

- Obesidad
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Estrés
- Hábitos inadecuados de alimentación
- Hipertensión arterial > 140/90

c. Diagnóstico

Según la OMS en 1999 estableció criterios para el diagnóstico de la diabetes:

- Síntomas de diabetes y determinación de una concentración casual de glucosa en el plasma ≥ 200 mg/dl.
- Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl.
- Glucosa plasmática a las dos horas ≥ 200 mg/dl durante prueba de tolerancia oral a la glucosa oral. ⁽¹³⁾

d. Complicaciones de la DM tipo II

- Cetoacidosis diabética
- Síndrome hiperglicémico hiperosmolar no cetoacidótico

- Coma hipoglicémico
- Complicaciones microvasculares crónicas: retinopatías, nefropatía, neuropatía.
- Complicaciones de las extremidades inferiores: pie diabético. ⁽¹⁴⁾

e. Tratamiento de la DM tipo II

No farmacológico

Este tipo de tratamiento comprende tres aspectos básicos:

- Plan de alimentación
- Ejercicio físico y
- Hábitos saludables

Farmacológico:

- Tratamiento con antidiabéticos orales de acuerdo a consideración médica

2.2.2. Hipertensión arterial

Según la OMS indica que la hipertensión arterial (HTA) constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental. Además se dice que el 50% de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se puede asociar a la elevación de la presión arterial, siendo el principal signo de insuficiencia cardíaca. ⁽¹⁵⁾

“De cada 100.000 ecuatorianos, la OMS afirma que 1373 sufren de esta afección. Esta cifra coincide con la Encuesta Nacional de Salud (Ensanut), una investigación realizada por el MSP y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), la cual indica que más de un tercio de los habitantes mayores de 10 años (3`87.665) son pre hipertensos y 717.529 ciudadanos de 10 a 59 años sufre de hipertensión arterial”. ⁽¹⁶⁾

a. Clasificación

- **Hipertensión primaria o esencial:** “en la mayoría de los pacientes no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con HTA tienen hipertensión primaria. El termino alternativo, hipertensión esencial, es menos adecuado desde un punto de vista lingüístico, ya que la palabra esencial suele denotar algo beneficioso para el individuo. El término “hipertensión benigna” también debe evitarse, porque la HTA siempre conlleva riesgo de enfermedad cardiovascular.”⁽¹⁷⁾
- **Hipertensión secundaria:** “el termino hipertensión secundaria se utiliza cuando está producida por un mecanismo subyacente, detectable. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal, feocromocitoma y coartación aortica, que pueden producir HTA. En alguno de estos casos la elevación de la presión arterial (PA) es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito. Es importante identificar la pequeña cantidad de pacientes con una forma secundaria de HTA, porque en algunos casos existe una clara posibilidad de curación del cuadro hipertensivo.”⁽¹⁸⁾

b. Etiología

- “Entre el 90 y 95% constituyen la HTA esencial o primaria, en donde no se conoce claramente su causa.
- Entre el 5 y 10% es secundaria, es decir asociada a enfermedades renales, endocrinas, por medicamentos, etc.”⁽¹⁹⁾

c. Factores de riesgo

- “Herencia y sus factores genéticos
- Factores gestacionales y natales

- Sobrepeso y obesidad
- Factores nutricionales (exceso de sal y calorías)
- Alcohol
- Sedentarismo
- Factores psicosociales”⁽¹⁹⁾

d. Signos y síntomas de la HTA

- Cefaleas intensas
- Epistaxis
- Vértigo
- Fatiga

e. Diagnóstico

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

“Cuanto más elevada es la PA y más joven es el paciente, más extensa debe ser la búsqueda de la causa. La evaluación incluye radiografías y estudios de los riñones con isotopos radioactivos, una radiografía de tórax y determinaciones de ciertas hormonas en la sangre y orina.”⁽²⁰⁾

f. Tratamiento de la HTA

Tratamiento no farmacológico

- Está encaminada a modificar los estilos de vida, se debe establecer a los pacientes hipertensos tanto como tratamiento inicial de su enfermedad como complemento con el tratamiento farmacológico para tener mejores resultados.⁽¹⁹⁾

Tratamiento farmacológico

- Tratamiento con medicamentos antihipertensivos según prescripción médica.

2.2.3. Enfermedades reumáticas

Bajo el termino enfermedades reumáticas (ER) se incluye más de 200 enfermedades musculo esqueléticas (MEs). Según el Eurobarómetro del 2007 el 22% de la población europea sufre o ha sufrido alguna enfermedad crónica musculoesquelética. Las ER y Mes son una causa importante de morbilidad en Europa. ⁽²¹⁾

2.2.3.1. Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune con manifestaciones sistémicas, que afecta principalmente las articulaciones periféricas, generalmente en forma simétrica. Si no es tratada o no hay una adecuada respuesta al tratamiento produce daño del cartílago articular, con la subsecuente destrucción de la articulación, que lleva a deformidades y discapacidades varias.

a. Diagnóstico

Algunos padecen la enfermedad en forma cíclica, entre otros desde el principio van a la cronicidad, iniciando dolores aparentemente inespecíficos (55-65%), con pocos datos de inflamación que son más evidentes posteriormente. La artritis se desarrolla en forma aditiva, inicia en pocas articulaciones y se van añadiendo nuevas, permaneciendo en las primeras articulaciones afectadas.

b. Exámenes complementarios

- **Radiografía simple:** deben realizarse radiografías de manos y pies, en posición anteroposterior y columna cervical, anteroposteriores, lateral neutra y en máxima flexión y radiografía de tórax.

- **Ultrasonido:** es un método relativamente nuevo en el diagnóstico de las enfermedades reumáticas y su convivencia para el diagnóstico de AR está en evaluación.
- **Resonancia magnética:** también es un método relativamente nuevo en la evaluación y diagnóstico de la AR. Hay estudios que sugieren su utilidad para detectar erosiones tempranas no detectadas por radiografía simple.

c. Tratamiento de la artritis reumatoide

Tratamiento no farmacológico

- **Educación:** todo paciente debe recibir información adecuada sobre su enfermedad y los fármacos de uso habitual. Existen sociedades y asociaciones que provee información y reuniones para la educación adecuada de los pacientes, como: SOL y TIERRA en Ibarra, FUNDARVI Fundación para la artritis y la vida en Quito, APARE Asociación de ayuda para pacientes con enfermedades reumáticas en Guayaquil.

Tratamiento no farmacológico

- “Antiinflamatorios y/o analgésicos
- Corticosteroides
- Fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES)
- Agentes biológicos” ⁽²²⁾.

2.2.3.2. Osteoporosis

“La osteoporosis es una enfermedad en la que el hueso se vuelve más poroso, con más aire en su interior, aumentando el número y el tamaño de las cavidades o celdillas que existen en su interior. De esta manera los huesos se hacen más frágiles, resisten peor los golpes y se rompen con

mayor facilidad. Las fracturas son el síntoma y la principal consecuencia de esta enfermedad.”⁽²³⁾

a. Factores de riesgo

- “El envejecimiento
- Ser de talla pequeña y delgada
- Antecedentes familiares de osteoporosis
- Tomar ciertos medicamentos
- Ser mujer de raza blanca o asiática
- Tener osteopenia (perdida de densidad ósea) “⁽²⁴⁾

b. Signos y síntomas

- Fractura de las vértebras, muñecas o cadera (generalmente es el primer indicio)
- Lumbalgia
- Dolor cervical
- Dolor o sensibilidad ósea aumentada
- Pérdida de estatura con el paso de los años
- Postura encorvada
- Abdomen prominente” ⁽²⁵⁾

c. Diagnóstico

“La aproximación al paciente con osteoporosis es mediante la evaluación de los factores de riesgo y la medición de densidad ósea. La osteoporosis primaria es la más frecuente, pero es importante descartar otras patologías y condiciones médicas asociadas con osteoporosis, están incluyen patologías endocrinas, hematológicas, reumatológicas, gastrointestinales, entre otras.

El diagnóstico es principalmente densitométrico, pero puede establecerse al ocurrir fracturas en sitio típico con un trauma mínimo. “⁽²⁶⁾

d. Tratamiento de la osteoporosis

“Modificaciones del estilo de vida

- Ejercicio físico regular (con carga adecuada) y medidas de prevención de caídas.
- Aporte nutritivo adecuado y mantención de peso corporal razonable (calcio, proteínas).
- Evitar el tabaquismo y consumo excesivo de alcohol
- Evitar drogas con efecto negativo sobre los huesos (corticoides)”⁽²⁷⁾

“Medidas farmacológicas frente a la osteoporosis

La utilización de fármacos está indicada en aquellos pacientes de osteoporosis con mayor riesgo de presentar una fractura (aquellos con varios factores de riesgo y menor densidad del hueso).”⁽²⁸⁾

2.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES

Un factor de riesgo es una característica detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Puede ser propio de la condición biológica de cada persona (edad, sexo, grupo étnico), originado en las condiciones de vida (situación socioeconómica, vivienda, ocupación, escolaridad), en los comportamientos individuales o estilos de vida (hábitos alimentarios, religión, adicciones), determinados por el ambiente físico, natural o construido por el hombre y ciertos elementos del sistema sociocultural.”⁽²⁹⁾

2.3.1. Factores biológicos

La biología humana engloba todos los acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos como

consecuencia de su constitución orgánica. Mediante la reproducción se transmite características y rasgos hereditarios de un individuo a sus descendientes; como: color de piel, cabello, ojos, estatura, etc. ⁽³⁰⁾

a. Sexo

Los hombres y las mujeres manifiestan de manera diferente algunos de los síntomas causados por las enfermedades no transmisibles y sus riesgos. La mayoría de los estudios sobre diagnósticos han sido realizados a los hombres, y por eso el diagnóstico en las primeras etapas de la enfermedad en una mujer es menor, por ejemplo, los síntomas de las enfermedades cardiovasculares son menos aparentes en las mujeres, reduciendo la probabilidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno. ⁽³¹⁾

Según el Instituto Universitario de Estudios de la Mujer de la Universidad Autónoma de Madrid, durante una conferencia realizada explica que, los procesos biológicos de hombres y mujeres se expresan de forma distinta en función de los factores ambientales por lo que es prácticamente imposible que ambos se encuentren en igualdad de condiciones.

En la misma conferencia explica que las mujeres se autoperciben con peor salud que los hombres, duermen menos horas, insuficiencia de sueño, sumada frecuentemente a dobles jornadas, responsabilidades familiares, trabajos precarios y malas situaciones económicas, contribuye a empeorar dicha percepción, así como al incremento de la morbilidad. Aunque las dolencias cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad femenina, los trastornos mentales y de comportamiento ocupan un menos destacado segundo lugar, por delante de las patologías de la piel y del tejido subcutáneo. En el caso de los hombres, los tumores ocupan la primera posición, seguidos de los accidentes y de las enfermedades infecciosas. ⁽³²⁾

En otro artículo referente esclarece que las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres en la mayoría de países, pero tienen peor salud según

todos los estudios realizados, los hombres presentan mayormente enfermedades graves y mueren antes, mientras que las mujeres viven más tiempo pero con enfermedades crónicas, discapacidades y deficiente salud mental. ⁽³³⁾

b. Edad

Las enfermedades de la tercera edad se pueden dividir en dos grandes grupos: las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad. La primera cuya patogénesis está directamente relacionada con el proceso de envejecimiento, entre las que se destacan: Enfermedades Cerebrovasculares, Alzheimer, Parkinson, Osteoporosis, entre otras, el riesgo de padecerlas aumenta con la edad y se observa una clara preponderancia femenina la mayor parte debido a la longevidad de las mujeres. En lo que se refiere a las enfermedades relacionadas con la edad se encuentran: Neurológicas, Esclerosis múltiple, Esquizofrenia, Colitis, Hemorroides. ⁽³⁴⁾

Con frecuencia se relaciona el hecho de estar “viejos” con el de estar enfermos y es que sin duda se presentan mayores deterioros físicos, mentales y enfermedades entre las personas mayores de 80 años, pero también entre los hombres y mujeres y con relación a personas mucho menores que ellas.

Lo que ocurre en el cuerpo es un desgaste que obviamente se puede acrecentar por alguna o varias enfermedades, pero es un desgaste ocasionado por el tiempo, como sucede con cualquier otra cosa en el mundo y contrario a lo que se pueda pensar, las personas mayores son menos vulnerables a una gran variedad de enfermedades infecciosas. La enfermedad y la disminución de las facultades no son lo mismo, aunque ambas constituyen estados muy lejanos de lo que es el concepto de salud.

Es innegable que muchas enfermedades crónicas que se empiezan a desarrollar desde jóvenes por los hábitos y el estilo de vida, llegan a su clímax de manifestación en la edad adulta y con mayor razón en los ancianos. ⁽³⁵⁾

c. Raza

Lo que habitualmente llamamos raza es una construcción social que refleja la conexión de aspectos de la biología de los grupos humanos, las condiciones históricas particulares, factores económicos, políticos, sociales y culturales.

Las distribuciones raciales son usadas frecuentemente para explicar los perfiles de salud de los grupos humanos. La raza ha sido asociada con varias enfermedades, y se parte del criterio que existe una causa racial en la suscripción a muchas de ellas. Los avances en el estudio del genoma humano han motivado que científicos de muchos países trabajen en la explotación del gen o los genes que dentro de cada raza son la causa de determinadas enfermedades minimizándose en no pocas ocasiones las influencias ambientales. ⁽³⁶⁾

d. Historia familiar y herencia

Las enfermedades hereditarias son un conjunto de enfermedades genéticas cuyo rasgo principal es su perduración de generación en generación, difundiéndose de padres a hijos y así sucesivamente. Aunque no se pueda modificar la estructura genética de un individuo, el hecho de conocer la historia familiar puede ayudar a disminuir el riesgo de contraer problemas de salud.

En términos de la genética médica, las enfermedades crónicas son enfermedades multifactoriales, que se originan como resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. La primera evidencia de que existe un componente genético en enfermedades como la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, asma, entre otras, nace de la observación de que es frecuente encontrar varias personas afectadas entre los miembros de una misma familia.

La revista española Eroski Consumer en su publicación del mes de febrero del presente año afirma que, según estudios efectuados en el genoma

humano desvelan 24 factores genéticos que influyen en el riesgo de sufrir siete de las enfermedades más comunes. El trabajo es una puerta abierta hacia la comprensión de los factores genéticos que influyen en el riesgo de padecer estas enfermedades, así como una nueva vía de investigación hacia su tratamiento y prevención. Ahora en el trabajo continúa para dar con factores genéticos que influyen en el riesgo de padecer obesidad, cáncer de mama, tuberculosis, esclerosis múltiple y enfermedades del tiroides. ⁽³⁷⁾

e. Antecedentes patológicos familiares

Los componentes de una familia tienen en común genes, comportamientos, estilos de vida y ambientes que juntos pueden influenciar su salud y su riesgo de enfermedades crónicas. La mayoría de las personas ya tienen antecedentes familiares de alguna enfermedad crónica (por ejemplo, cáncer, HTA, diabetes) o de otras afecciones (por ejemplo, HTA e hipercolesterolemia). Las personas con un familiar cercano que padece una enfermedad crónica pueden tener un mayor riesgo de padecer esa misma enfermedad que aquellas personas sin tal familiar.

Los antecedentes familiares son documentos gráficos o escritos de las enfermedades y afecciones presentes en una familia, es una herramienta útil para comprender los riesgos a la salud y para prevenir enfermedades en las personas y sus familiares cercanos. ⁽³⁸⁾

2.3.2. Factores psicológicos

La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no solo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, conductas, estilos de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad. ⁽³⁹⁾

A pesar de que las enfermedades crónicas degenerativas son el efecto de un estilo de vida perjudicial se debe tener en cuenta los factores psicológicos desde un primer encuentro con la persona enferma. El estrés, la ansiedad y la depresión son estados psicológicos que predisponen al desarrollo de diferentes enfermedades.

a. Estrés en los adultos mayores

El estrés es una reacción fisiológica del organismo en la cual se manifiesta un individuo en su vida cotidiana, reacciona ante un suceso o situación amenazante o agobiante como respuesta natural y necesaria para la supervivencia.

El estrés tiene dos caras principales, la física y la emocional y las dos pueden ser difíciles para las personas de edad mayor. Los impactos del estrés físico son muy claros, cuando las personas alcanzan una edad mayor las heridas tardan más tiempo en sanar y los resfriados duran más tiempo.

A través de los años, el cerebro puede perder lentamente la capacidad para regular los niveles hormonales. Como resultado los adultos mayores que se preocupan por algo se ponen ansiosos, tienden a producir cantidades mayores de hormonas del estrés y la alarma no se apaga tan rápido. El estrés no solamente hace que una persona se sienta mayor, puede también acelerar el proceso de envejecimiento. ⁽⁴⁰⁾

2.3.3. Factores comportamentales modificables

a. Tabaquismo

El tabaco es un producto originario de América y procesado a partir de las hojas de Nicotina tabacum, es consumido de varias formas siendo la principal por combustión produciendo humo. Su particular contenido en nicotina la hace muy adictiva, es restringida en algunos países por sus efectos adversos para la salud.

Los adultos mayores presentan un mayor riesgo ante las consecuencias nocivas del tabaco, la renuncia de este hábito por parte de las personas mayores no solo aumenta su esperanza de vida, sino que reduce su dependencia tanto física como psíquica. Los profesionales médicos y el personal sanitario se convierten en el eje clave para lograr que el anciano fumador abandone el tabaco. Es de vital importancia hacer énfasis en los beneficios que supone dejar de fumar en un grupo de población que, debido a sus características, es especialmente sensible a los efectos perjudiciales del tabaco.

Todos los estudios apuntan a que existe un aumento en la morbilidad en los ancianos fumadores con respecto a los no fumadores, siendo este riesgo más elevado en los hombres que en las mujeres. Por las características relacionadas al propio envejecimiento (cambios fisiológicos, presencia de algunas enfermedades, fragilidad, etc) presenta una mayor vulnerabilidad de enfermar por el tabaco y un mayor riesgo a morir por las enfermedades que este provoca y las complicaciones que produce, sin embargo dejar de fumar beneficia mucho la salud del anciano, donde a esta edad la calidad de vida es sumamente significativa.

Las principales enfermedades atribuibles al tabaco son: cáncer de pulmón, EPOC, cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular, todas ellas tienen una gran prevalencia en el anciano, e incluso es en este grupo de edad donde se van a diagnosticar o comienzan a identificarse como enfermedades agudas o bien como empeoramientos de enfermedades crónicas ya conocidas. ⁽⁴¹⁾

b. Sedentarismo

Se conoce como sedentarismo a la carencia de ejercicio físico en la vida cotidiana de una persona, lo que por lo general pone al organismo humano en una situación vulnerable ante estas enfermedades, especialmente cardíacas.

Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20 y 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, HTA, diabetes y cáncer de mama o colon.

Debido a los padecimientos osteoarticulares presentes frecuentemente en esta población, los adultos mayores optan, en un alto porcentaje, por no realizar ejercicio físico con la excusa de que este les aumenta el dolor.

La atrofia muscular resultado de la inactividad física, favorece las discapacidades motrices (dificultad para caminar bien o movilizarse con soltura) que aparecen en las personas adultas mayores, lo que tarde o temprano causa un deterioro funcional, mayor dependencia y el uso de instrumentos de apoyo como andadores o bastones.

El envejecimiento como tal, no va de la mano con la incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria de forma independiente, la razón principal de ésta incapacidad, es dada porque la persona adulta mayor se vuelve inactiva físicamente. Se pierde entonces la resistencia, equilibrio, flexibilidad y fuerza muscular, todas necesarias para tener un envejecimiento saludable y una buena calidad de vida. ⁽⁴²⁾

c. Uso nocivo del alcohol

El alcohol es una de las drogas más consumidas en la sociedad, su principal componente es el etanol, es un depresor del sistema nervioso central que actúa adormeciendo progresivamente las funciones cerebrales y sensoriales.

La dependencia al alcohol es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo; sin embargo, el consumo y abuso a menudo no se aprecian como relevantes para el cuidado de los adultos mayores. La sensibilidad del Sistema Nervioso Central (SNC) al alcohol aumenta con la edad y la interacción entre los medicamentos y alcohol es motivo de especial

preocupación en este grupo de edad, los problemas con el alcohol a menudo se presentan de manera inespecífica como: accidentes, insomnio y maltrato.

Los adultos mayores por lo general sufren de varias enfermedades causadas por el consumo excesivo de alcohol. Síntomas como una disminución general en la salud, introversión, pérdida de la memoria, depresión, insomnio, caídas, problemas digestivos, pérdida del apetito y ansiedad, se diagnostican frecuentemente como el resultado de una enfermedad o simplemente como parte del proceso de envejecimiento.

La información insuficiente, mal comprendida y mal utilizada es otro factor de riesgo para el consumo de alcohol relacionado con la combinación del alcohol y los medicamentos. Los problemas de información son generalmente el resultado de la mala comunicación entre el médico y el paciente. Los adultos mayores a veces no informan detalles importantes creyendo que sus síntomas son parte normal del proceso de envejecimiento. Pueden asumir que no existe un tratamiento o remedio. No saben lo que está causando sus síntomas, y a veces simplemente no quieren “molestar” a su médico. ⁽⁴³⁾

d. Dieta no saludable

Según la mayoría de los dietistas, no existen alimentos “malos”, sino dietas “poco sanas”, una dieta saludable consiste en consumir la cantidad correcta de alimentos en la proporción adecuada, con continuidad.

Ciertas enfermedades crónicas afectan cada vez más a países desarrollados y en desarrollo, como consecuencia de cambios en la alimentación y estilo de vida propio. La obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteoporosis son consideradas la primera causa de muerte en el mundo y suponen una lacra para la sociedad.



Una dieta basada en el bajo consumo de alimentos muy energéticos ricos en grasas saturadas y azúcar, la ingesta abundante de frutas y hortalizas, así como un modo de vida activo, figuran entre las principales medidas para combatir las enfermedades crónicas.”⁽⁴⁴⁾

Según el Instituto de Nutrición y Tecnología de los alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, los adultos mayores deben “consumir tres veces en el día productos lácteos como leche, yogurt, quesillo o queso fresco, de preferencia semidescremados o descremados”, incorporar a la dieta diaria al menos “dos platos de verduras y tres frutas de distintos colores”, mientras que los granos como los porotos, garbanzos, lentejas, arvejas deben consumirse mínimo dos veces a la semana (estos productos remplazan a la carne).⁽⁴⁵⁾

CAPÍTULO III

3.1. MARCO REFERENCIAL

3.1.1. Comunidad de Quilloac

3.1.1.1 Localización y ubicación geográfica

“La Comunidad de Quilloac está situada al Oeste de la cabecera cantonal de Cañar. Políticamente pertenece a la Parroquia, Cantón y Provincia de Cañari.

Quilloac, comunidad milenaria Kañari que se asienta al pie del histórico Cerro Narrío en la provincia de Cañar, cantón y parroquia del mismo nombre.

Se conforma con los siguientes sectores:

- Jundukuchu
- Hierbabuena
- Narrío
- Ayaloma
- Mesaloma

3.1.1.2. Límites de la Comunidad de Quilloac

Al norte: comunidad de Chaglaban y San Rafael

Al este: Centro Urbano de la Ciudad de Cañar

Al sur: Comunidad de la Capilla y Parroquia Chorocopte

Al Oeste: Comunidad de Lodon, Santa Maria y Shuya

3.1.1.3. Misión y Visión de la Comunidad de Quilloac

Visión: familias Quilloac-Cañaris-Kichwas reconstituidas y fortalecidas como Comuna con Territorio Ancestral, Originario e Intangible, plenamente identificadas con sus características culturales, particulares, autogestionaria y propositiva. Es comunidad de base de la TUCAYTA y esta filial a la UPCCC-ECUARUNARY-CONAIE, dentro del marco de circunscripción territorial, ejecutando un plan estratégico de desarrollo social, científico-educativo, económico, cultural, político y medioambiental de manera armónica y equilibrada, con mejores condiciones de nivel y calidad de vida de sus habitantes.

Misión: Organización Comunitaria de base, que aglutina a sus familias asentadas dentro de su territorio; dinamizadora de procesos, interlocutora y propulsora de una gestión de desarrollo comunitario propio tanto en lo humano, social y económicamente sostenible y sustentable, con políticas orientadas a fortalecer a la persona como ser consiente y responsable, tanto individual como comunitaria.”⁽⁴⁶⁾

CAPÍTULO IV

4.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles en los adultos mayores de la comunidad de Quilloac, Cañar 2014.

4.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características demográficas de la población adulta mayor de Quilloac: edad, sexo, estado civil, instrucción, ocupación.
- Identificar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico-degenerativas: biológicos, psicológicos y comportamentales.

CAPÍTULO V

5.1. METODOLOGÍA

5.1.1. Tipo de estudio

En la presente investigación se realizó un estudio analítico de prevalencia.

5.1.2. Variables

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Instrucción
- Ocupación
- Factores de riesgo: biológicos, psicológicos y comportamentales.

5.1.2.1. Operacionalización de las variables.

(Ver anexo 1)

5.1.3. Universo y muestra

- **Universo:** el universo lo constituyeron 350 adultos mayores de la comunidad de Quilloac.
- **Muestra:** se trabajó con una muestra de 133 adultos mayores, esta muestra se obtuvo mediante la aplicación de la fórmula de Pita Fernández.

5.1.4. Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión:** adultos mayores pertenecientes a la comunidad de Quilloac que firmaron el consentimiento informado y que mantienen sus facultades mentales.

- **Criterios de exclusión:** los adultos mayores que presentaron problemas mentales o no estaban en capacidad de firmar el consentimiento informado.

5.1.5. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos y métodos.

Elaboración previa del consentimiento informado por parte de las autoras, firma del mismo por parte de los adultos mayores que participaron en la investigación. (Ver anexo 2)

Se realizó la entrevista a cada adulto mayor indicando cual era el propósito de la investigación, para el mismo se utilizó como instrumento un formulario de 26 preguntas (ver anexo 3), el mismo que permitió obtener información acerca de: edad, sexo, estado civil, instrucción, ocupación y factores de riesgo: biológicos, psicológicos y comportamentales. La aplicación de cada encuesta tuvo una duración de 15 minutos, se realizó durante 5 horas diarias, en 15 días en el mes de Junio, en los diferentes sectores de la comunidad.

Los rubros económicos empleados en este trabajo investigativo, se detallan en la siguiente tabla. (Ver anexo 4)

5.1.6. Plan de tabulación de análisis

Los resultados se visualizan en tablas con frecuencias y porcentajes, para la tabulación de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15, los programas Microsoft Excel y Word para la elaboración de tablas simples con su respectivo análisis.

5.1.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos

- Para desarrollar esta investigación se solicitó aprobación al comité de bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.



- Se elaboró el consentimiento informado por parte de las autoras, y firma del mismo por parte de los adultos mayores.
- Las encuestas fueron aplicadas de manera individual y voluntaria a cada participante de nuestra investigación.
- Los resultados del estudio obtenidos fueron guardados bajo estricta confidencialidad.

CAPÍTULO VI

6.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez terminado de recopilar la información se procedió a presentar los resultados en tablas simples con su respectivo análisis.

TABLA N° 1

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según edad y sexo. Quilloac, 2014.

SEXO	EDAD									
	65-70		71-80		81 – 90		90 o más		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	26	20	20	15	8	6	0	0	54	41
Femenino	30	23	30	23	16	12	3	2	79	59
TOTAL	56	42	50	38	24	18	3	2	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En la presente tabla observamos que de los 133 adultos mayores encuestados, el 59% corresponde al sexo femenino, de los cuales el 23% se encuentra en el rango de edad de 65-80 años, el 41% representa el sexo masculino, de ellos el 20% se encuentran entre los 65-70 años de edad.

Tabla N° 2

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según el estado civil y concepto de su vida. Quilloac, 2014.

ESTADO CIVIL	CONCEPTO DE SU VIDA					
	Satisfecho con su vida		Insatisfecho con su vida		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	4	3	1	1	5	4
Viudo	29	22	8	6	37	28
Casado	86	65	5	4	91	68
TOTAL	119	89	14	11	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.-En la presente tabla visualizamos que el 89% de los encuestados viven satisfechos con su vida, de los cuales el 65% son casados, el 22% son viudos, el porcentaje de adultos mayores que se sienten insatisfechos con su vida corresponden al 11%, de ellos el 6% son viudos y el 4% casados.

Tabla N° 3

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según su nivel de instrucción. Quilloac, 2014.

INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	52	39
Secundaria	4	3
Ninguna	77	58
TOTAL	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En esta tabla de los 133 adultos mayores encuestados observamos que el 58% no tienen ninguna instrucción educativa, seguido por el 39% que tienen instrucción primaria y el 3% de la población tiene una educación secundaria.

Tabla N° 4

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según su ocupación. Quilloac, 2014.

OCUPACIÓN	N°	%
Agricultor	84	63
Tejedor/a	3	2
QQDD	28	21
Otro	17	13
Ninguno	1	1
TOTAL	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Elaboración: las autoras

Análisis.-En esta tabla observamos que los adultos mayores se dedican a la agricultura con el 63%, el 21% quehaceres domésticos siendo realizado en su mayoría por las mujeres, el 13% realizan otras actividades, el 2% son tejedores/as y el 1% no realizan ningún tipo de actividad.

Tabla N° 5

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según sexo y antecedentes patológicos familiares. Quilloac, 2014.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	SEXO					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HTA	1	1	0	0	1	1
Diabetes	3	2	1	1	4	3
Artritis	9	7	7	5	16	12
Cáncer	3	2	1	1	4	3
Ninguna	8	6	15	11	23	17
Otros	30	23	55	41	85	64
TOTAL	54	41	79	59	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- De los 133 adultos mayores encuestados, el 59% corresponden al sexo femenino, de los cuales el 41% presentan como antecedentes patológicos familiares otras patologías no especificadas, y una mínima parte cáncer y diabetes con el 1%, y el sexo masculino presenta más casos de artritis con el 7%.

Tabla N° 6

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según sexo y enfermedad actual. Quilloac, 2014.

ENFERMEDAD ACTUAL	SEXO					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HTA	7	5	9	7	16	12
Diabetes	3	2	0	0	3	2
Artritis	19	14	46	35	65	49
Osteoporosis	0	0	1	1	1	1
Otros	25	19	23	17	48	36
TOTAL	54	41	79	59	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- Según la presente tabla se puede observar que la Artritis es la enfermedad más común dentro de la población, con el 35% en el sexo femenino y el 14% en el sexo masculino; seguido de la Hipertensión Arterial con el 7% en hombres y 5% en mujeres.

Tabla N° 7

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según enfermedad actual y control médico. Quilloac, 2014.

ENFERMEDAD ACTUAL	CONTROL MÉDICO					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HTA	16	12	0	0	16	12
Diabetes	3	2	0	0	3	2
Artritis	59	44	6	5	65	49
Osteoporosis	1	1	0	0	1	1
Otros	40	30	8	6	48	36
TOTAL	119	89	14	11	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- De los 133 adultos mayores encuestados que presentan Artritis, el 44% si se realizan su control médico, tan solo el 5% no lo hace; seguido de los que presentan Hipertensión Arterial con el 12% y el 5% no realiza su control médico.

Tabla N° 8

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según si toma medicación para tratar su enfermedad. Quilloac, 2014.

TOMA MEDICACIÓN	N°	%
SI	18	14
NO	10	7,5
A veces	99	74
Nunca	6	4,5
TOTAL	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- De los 133 adultos mayores encuestados en la Comunidad de “Quilloac” encontramos que el 74% toman a veces su medicación frecuentemente, el 14% toman su medicación diariamente, el 7,5% no toman medicación y el 5% nunca lo hace.

Tabla N° 9

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según con quién vive. Quilloac, 2014.

CON QUIÉN VIVE	N°	%
Solo	11	8
Con familiares	122	92
TOTAL	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En la presente tabla podemos observar que el 92% de adultos mayores viven acompañados con sus familiares, mientras que el 8 % viven solos.

Tabla N°10

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según número de comidas que consume al día y alimentos más frecuentes. Quilloac, 2014.

NÚMERO DE COMIDAS QUE CONSUME AL DÍA	ALIMENTOS MÁS FRECUENTES							
	Verduras, Hortalizas, Granos, Lácteos y frutas		Verduras, Granos, Lácteos y grasas		Verduras, Lácteos, Carnes y grasas		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-2 Comidas	13	10	1	1	0	0	14	11
3-5 comidas	118	89	0	0	1	1	119	89
TOTAL	131	98	1	1	1	1	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis- En la siguiente tabla se observa que de los adultos mayores que consumen de 3 a 5 comidas diarias el 89% incorpora en su dieta Verduras, Hortalizas, Granos, Lácteos y frutas; de la misma manera el 11% que consumen de 1-2 comidas diarias.

Tabla N° 11

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según cuantas veces por semana consume estos alimentos. Quilloac, 2014.

CUANTAS VECES POR SEMANA CONSUME ESTOS ALIMENTOS	N°	%
2 veces por semana	15	11
3 veces por semana	58	44
Todos los días	60	45
TOTAL	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En la encuesta realizada a los adultos mayores, del grupo de alimentos que consumen con mayor frecuencia el 45% lo consumen todos los días, el 44% tres veces por semana y el 11% dos veces por semana; ya sea en el almuerzo o merienda, combinado con otros tipos de alimentos: enlatados, pastas, pero en poca cantidad.

Tabla N° 12

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según las porciones de alimentos que consumen al día. Quilloac, 2014.

CUANTAS PORCIONES CONSUME AL DÍA	N°	%
1/2 plato	20	15
1 plato	79	59
2 platos	33	25
Más de 2 platos	1	1
TOTAL	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En esta tabla encontramos que el 59% consume 1 plato de comida en cada alimentación (almuerzo-merienda), el 25% 2 platos, el 15% ½ plato y por último 1% más de 2 platos, acompañado en su mayoría de colada, leche, jugos, de acuerdo a sus costumbres y hábitos alimentarios.

Tabla N° 13
Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según sexo y si realiza o no actividad física. Quilloac, 2014.

SEXO	REALIZA O NO ACTIVIDAD FÍSICA					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	42	32	12	9	54	41
Femenino	57	43	22	17	79	59
TOTAL	99	74	34	26	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En la presente tabla observamos que de los 133 adultos mayores encuestados el 74% realizan actividad física la misma que se relaciona con el trabajo que desempeñan, ya sea en la agricultura o en la ganadería, de los cuales el 43% corresponde al sexo femenino y el 32% al sexo masculino.

Tabla N° 14

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según el tipo y tiempo de la actividad física. Quilloac, 2014.

TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA	TIEMPO QUE TARDA EN REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA											
	Ninguna		30 minutos		45 minutos		60 minutos		Más de 60 minutos		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Caminata	0	0	1	1	0	0	3	2	1	1	5	4
Trabajo Laboral	0	0	25	19	9	7	26	20	34	26	94	71
Ninguno	34	26	0	0	0	0	0	0	0	0	34	26
TOTAL	34	26	26	20	9	7	29	22	35	26	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En esta tabla se puede observar que el trabajo laboral ocupa el 71% como la principal actividad física que realizan los adultos mayores, es decir todas las actividades exclusivas del campo, el tiempo que toman en hacerlo es más de 60 minutos con el 26%. Las caminatas ocupan el segundo lugar con el 4% con un tiempo mínimo de 60 minutos.

Tabla N° 15

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según la frecuencia que realizan actividad física. Quilloac, 2014.

FRECUENCIA CON QUE REALIZAN ACTIVIDAD FISICA	Nº	%
Ninguna	34	26
1-2 veces por semana	26	19
3-5 veces por semana	21	16
Todos los días	52	39
Total	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En esta tabla se puede visualizar que el 39,1 % de adultos mayores aún continúan realizando actividad física, es decir trabajando en el campo; el 15,8% realizan actividades de 3 a 5 veces por semana mientras que la otra parte del tiempo se ocupa de los quehaceres domésticos.

Tabla N° 16

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según sexo y si ingiere o no bebidas alcohólicas. Quilloac, 2014.

SEXO	INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	26	20	28	21	54	41
Femenino	34	26	45	34	79	59
TOTAL	60	45	73	55	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En la presente tabla se observa que el 45 % consume bebidas alcohólicas, siendo predominante en el sexo femenino con el 26%, mientras que el sexo masculino se encuentra con el 20%.

Tabla N° 17

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según la frecuencia y cantidad de bebidas alcohólicas que ingiere. Quilloac, 2014.

FRECUENCIA CON QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS	CANTIDAD DE ALCOHOL QUE CONSUME								%	
	Ninguna		1-2 copas		1 vaso		1 botella			TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nª	%		Nº
Ninguna	73	55	0	0	0	0	0	0	73	55
Diario	0	0	5	4	1	1	1	1	7	5
Semanal	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Mensual	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
De vez en Cuando	0	0	38	29	12	9	1	1	51	38
TOTAL	73	55	44	33	13	10	3	2	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En la presente tabla se observa que el 38% consume bebidas alcohólicas de vez en cuando, con una frecuencia de 1-2 copas por semana con el 29%; tan solo el 5% lo hace diariamente con el 4%.

Tabla N° 18

Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac, según sexo y si fuma o no. Quilloac, 2014.

SEXO	FUMA					
	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	4	3	50	38	54	41
Femenino	0	0	79	59	79	59
TOTAL	4	3	129	97	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En esta tabla se observa que dentro del consumo de tabaco se encuentra en primer lugar el sexo masculino con un mínimo porcentaje del 3%; mientras que el 97% no lo hace, siendo este un factor protector para la salud.

Tabla N° 19
Distribución de 133 adultos mayores de la Comunidad de Quilloac,
según frecuencia y cantidad de consumo. Quilloac, 2014.

FRECUENCIA CON LA QUE FUMA	CANTIDAD DE CONSUMO					
	Ninguna		1-3 cigarrillos		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguna	129	97	0	0	129	97
De vez en cuando	0	0	4	3	4	3
TOTAL	129	97	4	3	133	100

Fuente: formulario de encuestas

Responsables: las autoras

Análisis.- En esta tabla se puede observar que solo el 3% de encuestados mantienen el hábito de fumar de vez en cuando, con un consumo de 1-3 cigarrillos por semana representado por el 4%.

CAPÍTULO VII

7.1. DISCUSIÓN

En el presente trabajo investigativo se logró identificar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico-degenerativas aplicadas a 133 adultos mayores de la comunidad de Quilloac, de acuerdo a los resultados encontrados referentes a edad y sexo, el sexo femenino es predominante con el 59% en relación al sexo masculino que se encuentra con el 41%, este porcentaje se puede comparar con datos del INEC que indica que en el país el 53% de la población son mujeres y el 47% son hombres, lo que justifica al sexo femenino como predominante en la comunidad investigada. Por otra parte, la edad que sobresale corresponde a la de 65 a 70 años con el 42%, y el menor porcentaje con el 3% son mayores a 90 años.

El 89% de la población si se realiza el control médico de su enfermedad, pero el 74% no cumple a cabalidad con el tratamiento farmacológico, debido a que no presentan mejoría en su salud optan por utilizar la medicina ancestral. El mismo problema se puede visualizar en la investigación realizada en México donde describe que “el paciente no comprende los objetivos del tratamiento y las modificaciones necesarias no se incorporan a su estilo de vida. A lo anterior descrito, se suman también factores culturales que limitan el cumplimiento terapéutico.” ⁽⁴⁷⁾ En otro estudio referente al tema, según la encuesta de salud que se llevó a cabo en el 2007 en EEUU, el 38% de los adultos utilizaron algún tipo de medicina alternativa y complementaria. ⁽⁴⁸⁾

Los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas son uno de los grupos de mayor riesgo, esto intensifica a que la áreas de salud realicen más programas preventivos en el autocuidado y la atención de los mismos; en la que se ponga énfasis en temas como: la dieta, ejercicio, cumplimiento del tratamiento, y en general los estilos de vida que permitan mejorar la salud.

7.2. CONCLUSIONES

Mediante este proceso investigativo se logró cumplir con los objetivos planteados, pudiendo identificar las características demográficas y los factores de riesgo que se asocian a las enfermedades crónicas degenerativas en los adultos mayores de la comunidad de Quilloac.

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
Identificar las características demográficas de la población adulta mayor de la comunidad de Quilloac: edad, sexo, estado civil, instrucción, ocupación.	Se identificó las características demográficas en las que se pudo conocer que: el sexo femenino es predominante con el 59% entre las edades de 65-80 años, en relación al sexo masculino con el 41%, con el rango de edad de 65-70 años, el 58% no tiene ningún tipo de instrucción, la ocupación principal es la agricultura con el 63%.
Identificar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas degenerativas: biológicos, psicológicos y comportamentales.	Con respecto a los factores de riesgo identificamos los siguientes: en lo que refiere al control médico solo el 89% lo hace; con referencia a la alimentación consumen de 3-5 comidas diarias el 89%, incorporando a su dieta verduras, hortalizas, granos, lácteos y frutas. En cuanto a la actividad física el 73% lo realiza la misma que se relaciona con el trabajo laboral con el 71%, de los cuales el 43% corresponde al sexo femenino y el 32% al sexo masculino, como un factor de riesgo encontramos que el consumo de alcohol es más frecuente en las mujeres con el 26%, mientras que el 20% corresponde al sexo masculino, el consumo de tabaco es de baja incidencia con el 3%.

7.3. RECOMENDACIONES

Al finalizar esta investigación se puede hacer las siguientes recomendaciones, la intervención del personal de salud y dirigentes de la Comunidad de Quilloac la creación de estrategias (charlas, visitas domiciliarias) que mejoren la atención de los adultos mayores.

El personal de salud brinde una atención individualizada con calidad y calidez a los adultos mayores, de esta manera tendrán confianza para acudir a los centros de salud para realizarse sus controles necesarios, promoviendo su autocuidado, orientándoles sobre su enfermedad y prevenir futuras complicaciones.

Que el personal de salud incentiven a la participación al adulto mayor en talleres relacionados en temas de: nutrición, higiene, tratamiento farmacológico, los mismos que puedan ser aplicados adecuadamente por los adultos y familiares que estén a cargo de su cuidado.

CAPÍTULO VIII

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan estratégico para enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo. Disponible en:
www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=267:plan-estrategico-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-factores-riesgo&Itemid=360
2. Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores, Quito-Mayo 2010.
3. Miranda A, Hernández L, Rodríguez A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.3. 2009. Fecha de consulta: 26/03/2014. Disponible en:
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf
4. Carpio M. Prevención y disminución de factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas y promoción de estilos de vida saludable en los choferes del Sindicato Provincial de Loja. (Tesis de Magister en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo local). UTPL, Loja. Pp. 93. 2012.
5. Abreu M. Una mirada al envejecimiento de la población. Rev. Hosp. Psiquiátrico. 2009. Fecha de consulta: 26/03/2014. Disponible en:
www.revistahph.sld.cu/hph0209/hph10209.html
6. Envejecimiento biológico. Disponible en:
escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf
7. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Disponible en:

www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf

8. Landinez N, Contreras K, Castro A. Proceso del envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública. Vol.38 N°4. Ciudad de la Habana, Oct-Dic. 2012
9. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Crónicas. Disponible en: www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
10. Duran A, Valderrama L, Uribe A, Gonzales A, Molina J. Enfermedad crónica en adultos mayores. Univ. Med. Bogota (Colombia), 51 (1): 16-28, enero-marzo, 2010. Disponible: med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/pdf-Medica%2051-1/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
12. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Epidemiología de la Diabetes Tipo II en Latinoamérica. Disponible en: www.revistaalad.com.ar/website/articulo.asp?id=11&pagina=1
13. Aguilar M. criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus: Un debate permanente. Disponible en: www.sediabetes.org/resources/revista/00011598archivoarticulo.pdf
14. Complicaciones agudas en la diabetes mellitus. Disponible en: escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/ComplicacionesAgudas.pdf
15. Asociación de diabéticos de Madrid. Disponible en: diabetesmadrid.org/diabetes-2/tratamiento-farmacologico/.



16. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Disponible en:
www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf
17. AMIR 2009. Edicion Barcelona, tema 11 Hipertension Arterial, pag 55-56 editorial marban.
18. Castells E, Boscá A, Garcia C, Sanchez M. "Hipertensión Arterial". Malaga. Disponible en:
www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf
19. Hipertensión arterial. Disponible en:
www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PROTOCOLOS/HTA.pdf
20. Control de la presión arterial. Disponible en:
consumidores.msd.co.cr/manual-merck/003-enfermedades-cardiovasculares/025-hipertension-arterial/control-de-la-presion-arterial.aspx
21. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculo-esqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. Disponible en:
www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf
22. Sociedad Ecuatoriana de Reumatología. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la Artritis Reumatoide 2010. Disponible en:
www.reumatologiaecuador.com/espanol/guia_ar.htm
23. Sociedad Española de Reumatología. Que es la Osteoporosis. Disponible en:
www.ser.es/Archivosdescargables/Folletos/21.pdf
24. Osteoporosis. Disponible en:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/osteoporosis.html

25. Signos y síntomas de la Osteoporosis. Diciembre 2012. Disponible en:
inforosteoporosis.blogspot.com/2012/12/sintomas-y-signos-de-la-osteoporosis.html
26. Dr Luigi G, Dr Rodríguez J. Osteoporosis. Disponible en:
escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaInterna/pdf/Osteoporosis.pdf
27. Manejo Farmacológico de la Osteoporosis. Disponible en:
[www.med.ufro.cl/recursos/farmacologia clínica/osteoporosis.gayoso.pdf](http://www.med.ufro.cl/recursos/farmacologia_clinica/osteoporosis.gayoso.pdf).
28. Gutiérrez E. Osteoporosis. Disponible en:
webconsultas.com/osteoporosis/tratamiento-de-la-osteoporosis-661
29. Determinación de factores de riesgo. Disponible en:
www.fisterra.com/mbel/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf. Fecha de consulta 20-01-2013
30. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Salud con enfoque de género: Sesgos de género y determinantes de salud. Determinantes de salud con enfoque de género: factores biológicos. Disponible en:
www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/modulos/Salud/factors_bio.html
31. Enfermedades no transmisibles y género. Disponible en:
www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17177&Itemid
32. Las relaciones de poder de los hombres hacia las mujeres generan más enfermedades venéreas. Disponible en:
[www.agenciasinc.es/Noticias/Las-relaciones-de-poder-de-los-hombres-hacia-las- mujeres-generan-mas-enfermedades-en-ellas](http://www.agenciasinc.es/Noticias/Las-relaciones-de-poder-de-los-hombres-hacia-las-mujeres-generan-mas-enfermedades-en-ellas)
33. Tiene influencia el género en la salud. Disponible en:

www.lamarea.com/2013/12/11/tiene-influencia-el-genero-en-la-salud/

34. Los antecedentes familiares son importantes para su salud. Centers for Disease control and prevention. Disponible en:
www.cdc.gov/genomics/spanish/file/print/FamHist_FS_Span.pdf.
35. Vejez y enfermedad. Disponible en:
www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adultosmayores/415277.html
36. Martínez A, Fernández I. Rev Cubana Med Gen Integr 2006. ¿Es la raza un criterio útil en la práctica médica?. Disponible en:
bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi06106.htm.
37. Genética médica y enfermedades crónicas. El camino de la prevención. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v2n2/rcgc01208.htm
38. Muñoz A Psicología, Medicina, Salud y Terapias Alternativas. Psicologías de la Salud. Disponible en:
www.cepvi.com/articulos/psicologia_de_la_salud2.shtml#.U9WOheN5P4
39. Laham M. aspectos psicológicos de las enfermedades crónicas, factores psicosociales de desencadenamiento. Disponible en:
<http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales/90-aspectos-psicologicos-de-las-enfermedades-cronicas-factores-psicosociales-de-desencadenamiento.html>
40. Estrés. Disponible en:
estresenlaetapadenuestravida.blogspot.com/p/estres-en-adultos.html
41. García J. Tabaquismo en personas mayores. Disponible en:
http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=12047&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=124&ABRIR_SECCION=3&RUTA=1-3-73-124



42. Mora A. Sedentarismo en la persona adulta mayor. Disponible en:
www.ascatealzheimer.org/web/boletines/Bol_2011/boletin64-marzo-2011.html
43. El alcohol y los adultos mayores. Disponible en:
www.educalcoholcr.org/files/Descargas/files/63_elalcoholylsadultosmayoreseducualcohol.pdf
44. Organización de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación. Nuevo informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Disponible en:
www.fao.org/spanish/newsroom/news/2003/14683-es.html
45. Guía de alimentación del adulto mayor. Disponible en:
www.inta.cl/revistas/Adulto_Mayor.pdf
46. Reglamento Interno del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Quilloac. Historia y Estatutos de la comunidad de Quilloac.
47. Córdova J, Barriguete J, Lara A, Barquera A, Rosas M, Hernández M, León M, Aguilar C. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y tratamiento. Salud pública de México 2008; Vol 50(5):419-427. Disponible en:
bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002214#autores
48. Arrieta M. Los nuevos retos de la medicina tradicional y la alopática. Diciembre, 2013. Disponible en: www.paradigmas.mx/los-nuevos-retos-de-la-medicina-tradicional-y-la-alopatica/



CAPÍTULO IX

9.1. ANEXOS

9.1.1. ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Biológica	Años cumplidos	Numérica 65-70 (1) 71-80 (2) 81-90 (3) 90 más(4)
Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Biológica	Sexo	Masculino (1) Femenino(2)
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Social	Vínculo entre dos personas	Soltero/a (1) Casado/a (2) Viudo/a (3) Divorciado/a (4)



Instrucción	Años escolares aprobados en una institución educativa.	Social	Aprobación de años de estudio	Primaria (1) Secundaria (2) Superior (3) Ninguna (4)
Ocupación	Conjunto de funciones, tareas, obligaciones o funciones que desempeña el individuo.	Social	Tipo de trabajo	Agricultor/a(1) QQ.DD (2) Tejedor/a (3) Ninguno (4)
Factor de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Biológico	Antecedentes patológicos familiares	HTA (1) Diabetes (2) Artritis (3) Osteoporosis(4) Cáncer (5) Ninguno (6) Otros (7)
			Enfermedad diagnosticada	HTA (1) Diabetes (2) Artritis (3) Osteoporosis (4) Cáncer (5) Otras (6)
			Control médico	Si (1)



			Tratamiento farmacológico	No (2) A veces (3) Nunca(4) Si (1) No (2) A veces (3) Nunca(4)
		Psicológicos	Con quien vive Concepto de la vida Problemas personales	Solo (1) Con familiares (2) Satisfecho con su vida (1) Insatisfecho con su vida (2) Discriminación (1) Maltrato físico(2) Abandono(3) Soledad(4) Ninguno (5)
		Comportamentales	Numero de comidas completas al día	1 comida(1) 2 comidas(2) 3 comidas(3)



			Alimentos que consume con más frecuencia	O más(4) Verduras(1) Hortalizas(2) Granos(3) Frutas(4) Lácteos(5) Carnes(6) Grasas(7)
			Frecuencia de consumo	1 vez por semana(1) 2 veces por semana(2) 3 veces por semana(3) Todos los días(4)
			Porciones que consume al día	½ plato(1) 1 plato(2) 2 platos(3) O más(4)
			Realiza actividad física	Si(1) No(2)



			Tipo de actividad física que realiza	Caminata(1) Paseos(2) Trabajo laboral(3) Ninguna(4)
			Duración de la actividad física	30 minutos(1) 45minutos(2) 60minutos(3) Más de 60min(4)
			Frecuencia que realiza la actividad por semana	1-2veces(1) 3-5veces(2) Todos los días(3)
			Ingiere bebidas alcohólicas	Si(1) No(2)
			Con que frecuencia	Diario(1) Semanal(2) Mensual(3) De vez en cuando(4)



			Cantidad que consume	1-2 copas(1) 1 vaso(2) 1 botella(3) O más(4)
			Usted fuma	Si(1) No(2)
			Con que frecuencia	Diario(1) Semanal(2) Mensual(3) De vez en cuando(4)
			Cuantos cigarrillos	1-3 cigarrillos (1) 3-5 cigarrillos (2) Media cajetilla(3) Cajetilla completa(4) Más de 1 cajetilla(5)

9.1.2. ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

Nosotras, ELIZABETH TOALONGO REYES, JULIA ZARUMA AGUAIZA y JESSICA ZUMBA JEREZ; estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, por medio de la presente no es grato informarle que estamos realizando una tesis sobre “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE QUILLOAC. CAÑAR, 2014” para la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

El objetivo central es determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico-degenerativas presentes en los adultos mayores, puesto que los mismos se encuentran en una etapa de muchos cambios que deterioran su integridad y producen en su salud.

Para el mismo se aplicara los siguientes procedimientos para la recolección de información: entrevista, observación y formulario. La presente investigación no representara daño ni costo alguno para usted. Cabe recalcar que está en libre voluntad de abandonar el estudio si así fuese su decisión.

Si Ud está de acuerdo en formar parte de esta investigación, solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cedula d identidad.

Agradecemos su participación y colaboración.

.....		
NOMBRE	FIRMA	Nº CÉDULA
Elizabeth Narcisa Toalongo Reyes Julia Isabel Zaruma Aguaiza Jessica Jesús Zumba Jerez 83		

**9.1.3. ANEXO 3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE “QUILLOAC”.**

Objetivo: recolectar información importante que permitan identificar los principales factores de riesgo de las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles.

Instructivo: marque con una X el casillero con la respuesta que crea conveniente.

Fecha: _____

1. Edad:

2. Sexo:

Masculino ☐

Femenino ☐

3. Estado civil:

Soltero ☐
Viudo ☐
Casado ☐
Divorciado ☐

4. ¿Cuál es su nivel de estudio?

Primaria ☐
Secundaria ☐
Superior ☐
Ninguna ☐

5. ¿En qué trabaja usted?

Agricultor/a ☐
Tejedor/a ☐
QQDD ☐
Otro ☐
Ninguno ☐

6. ¿Algún familiar padece alguna de las siguientes enfermedades?

HTA ☐
Osteoporosis ☐
☐

Diabetes

Artritis

Cáncer

Ninguno

Otros

☐
☐
☐
☐
☐

7. ¿Presenta alguna de las siguientes enfermedades?

HTA
Diabetes
Artritis
Osteoporosis
Cáncer
Otros
Ninguna

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

8. ¿Realiza el control médico de su enfermedad?

SI ☐

NO ☐

9. ¿Toma alguna medicación para controlar su enfermedad?

SI
NO
A veces
Nunca

☐
☐
☐
☐

10. ¿Con quién vive usted?



Solo ☐
Con familiares ☐

11. ¿Cuál es el concepto de su vida?

Satisfecho con su vida ☐
Insatisfecho con su vida ☐

12. ¿Ha sufrido alguno de estos problemas?

Discriminación ☐
Abandono ☐
Soledad ☐
Maltrato físico ☐
Ninguno ☐

13. ¿Cuántas comidas completas consume al día?

1-2 comidas ☐
3-5 comidas ☐

14. ¿Cuál de estos grupos de alimentos consume con más frecuencia?

Verduras, hortalizas, granos, lácteos y frutas
Verduras, granos, lácteos y grasas
Verduras, lácteos, carnes y grasas

15. ¿Cuántas veces por semana consume estos alimentos?

1 vez por semana ☐
2 veces por semana ☐
3 veces por semana ☐
Todos los días ☐

16. ¿Cuántas porciones consume al día?

½ plato ☐
1 plato ☐
2 platos ☐
Más de 2 platos ☐

17. ¿Usted realiza actividad física?

Sí ☐ No ☐

18. ¿Qué tipo de actividad física realiza?

Caminata ☐
Paseos ☐
Trabajo laboral ☐
Ninguna ☐

19. ¿Cuánto tiempo tarda en la realización de actividad física?

30 minutos ☐
45 minutos ☐
60 minutos ☐
Más de 60 min ☐

20. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?

1-2 veces por semana ☐
3-5 veces por semana ☐
Todos los días ☐

21. ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?

Sí ☐ No ☐

22. ¿Con que frecuencia?

☐ Diario ☐ Semanal ☐
☐ Mensual ☐ De vez en cuando ☐

23. ¿Qué cantidad consume?

1-2 copas ☐
1 vaso ☐
1 botella ☐
Más de 1 botella ☐

24. ¿Usted fuma?

Sí ☐ No ☐



25. ¿Con que frecuencia lo hace?

Diario	☐	Semanal	☐
Mensual	☐	De vez en cuando	☐

26. ¿Cuántos cigarrillos consume?

1-3 cigarrillos	☐
3-5 cigarrillos	☐
Media cajetilla	☐
Cajetilla completa	☐
Más de 1 cajetilla	☐

9.1.4. ANEXO 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Tiempo de duración de la investigación en meses						RESPONSABLES
	I	II	III	IV	V	VI	
Revisión de los instrumentos de recolección de datos.	X						Toalongo Reyes Elizabeth Narcisa Zaruma Aguaiza Julia Isabel Zumba Jerez Jessica Jesús
Plan piloto	X						
Recolección de datos		X					
Análisis e interpretación de datos			X				
Elaboración y presentación de la información				X			
Elaboración del informe final					X		
Revisión e impresión del informe final					X	X	

9.1.5. ANEXO 5: FOTOGRAFÍAS

FOTO N° 1



FOTO N° 2



FOTO N° 3



FOTO N° 4



FOTO N° 5



FOTO N° 6



FOTO N° 7



FOTO N° 8



FOTO N° 9



FOTO N° 10



FOTO N° 11



FOTO N° N°12

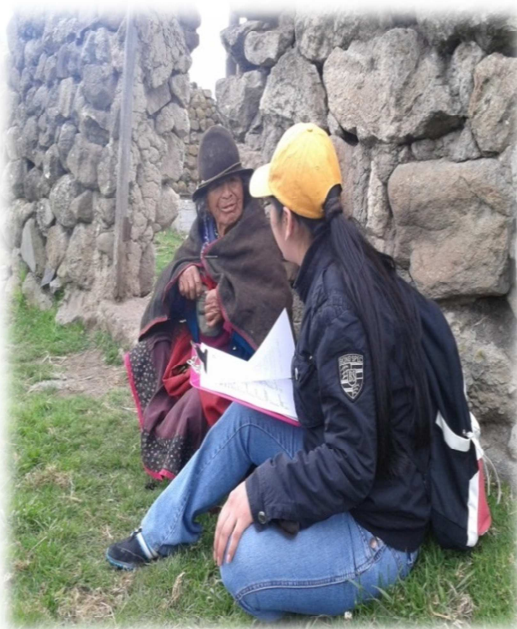


FOTO N° 13



FOTO N° 14



FOTO N° 15



FOTO N° 16



FOTO Nº 17



FOTO Nº 18



FOTO Nº 19



FOTO Nº 20

