

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y
SALUD PÚBLICA

TESIS PROFESIONAL

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS EN EL ADULTO MAYOR
DE LA CASA DÍA DE ACAPETAHUA
CHIAPAS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

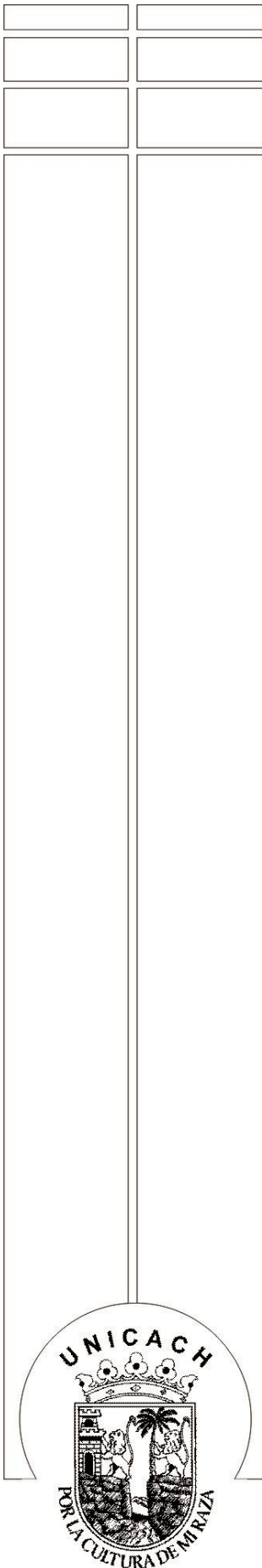
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTAN

**OSCAR BACILIO LÓPEZ
LINDA GUIZELI PEREZ PEREZ**

DIRECTORA DE TESIS

LE. NEYDI RUBENIA CAMACHO TORRES



Villa de Acapetahua, Chiapas



Mayo 2024

AGRADECIMIENTOS

A mi abuela Sra. Petrona Guzmán y a mi madre Sra. Etelvina López quiénes fueron mi ejemplo a seguir de esfuerzo, constancia y trabajo para superarme, ejemplo de humildad, ellas me dieron la vida y que con mucho sacrificio y amor me han apoyado, gracias por depositar su confianza en mí, por animarme a seguir adelante para poder llegar a cumplir cada una de mis metas, se merecen toda mi admiración y respeto, son mi motor día a día.

A la UNICACH subsede Acapetahua por permitirme mi formación profesional.

A mis maestros: M.C. Emanuel Rivas Robles, LE. Neydi Rubenia Camacho Torres y QFB. Elsi Paola García Camilo por el esfuerzo dedicado en la instrucción para realización de este trabajo.

Oscar Bacilio López

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Sr. Wilmer Pérez González y Sra. Rosalinda Pérez Bravo quiénes fueron mi ejemplo a seguir de esfuerzo, constancia y trabajo para superarme, ejemplo de humildad, ellos me dieron la vida y que con mucho sacrificio y amor me han apoyado, gracias por depositar su confianza en mí, por animarme a seguir adelante para poder llegar a cumplir cada una de mis metas, se merecen toda mi admiración y respeto, son mi motor día a día.

A la UNICACH subsede Acapetahua por permitirme mi formación profesional.

A mis maestros: M.C. Emanuel Rivas Robles, LE. Neydi Rubenia Camacho Torres y QFB. Elsi Paola García Camilo por el esfuerzo dedicado en la instrucción para realización de este trabajo.

Linda Guizeli Pérez Pérez



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Villa de Acapetahua, Chiapas
06 de mayo del 2024

C. Oscar Bacilio López

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:
Prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de la casa día de Acapetahua

Chiapas

En la modalidad de: Tesis profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtra. Elsi Paola García Camilo

M.C. Emanuel Rivas Robles

L.E. Neydi Rubenia Camacho Torres

Firmas:

[Firma]
[Firma]
[Firma]

Ccp. Expediente





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Villa de Acapetahua, Chiapas
06 de mayo del 2024

C. Linda Guizeli Pérez Perez

Pasante del Programa Educativo de: Licenciatura en Enfermería

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:
Prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de la casa día de Acapetahua

Chiapas

En la modalidad de: Tesis profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtra. Elsi Paola García Camilo

M.C. Emanuel Rivas Robles

L.E. Neydi Rubenia Camacho Torres

Firmas:

[Firma]
[Firma]
[Firma]

Ccp. Expediente



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS.....	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos.....	5
MARCO TEÓRICO	6
Antecedentes	6
Envejecimiento.....	8
Composición corporal	9
Adulto mayor.....	10
Calidad de vida	11
Geriatría.....	13
Autocuidado	15
Higiene bucal	17
Fragilidad del adulto mayor	19
Nivel de dependencia.....	21
Diabetes mellitus.....	21
Hipertensión.....	23
Cambios auditivos.....	24
Actividad física	25
Obesidad y sobrepeso	26
HIPÓTESIS.....	30
METODOLOGÍA	31
Contexto de la investigación	31
Sujetos de la investigación	32
Paradigma de investigación.....	33
Método de investigación	33
Técnica de recolección de información.....	34

Análisis de la información	35
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	37
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
GLOSARIO	51
REFERENCIAS DOCUMENTALES	53
ANEXOS.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Localización del municipio de Acapetahua.....	31
Figura 2. Ubicación del DIF Municipal (2022).....	32
Figura 3. Principales enfermedades crónicas que prevalecen en el adulto mayor.	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características basales de los adultos mayores.	37
Tabla 2. Calidad de vida del adulto mayor	41
Tabla 3. Nivel de dependencia y autocuidado del adulto mayor.	44

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores son una realidad importante, ellos engloban sabiduría, grandeza que han llevado a lo largo de su vida, teniendo carácter y fuerza de voluntad su vida fue un importante proyecto y para conseguir sus metas, de la mano de personas que lo apoyen para enfrentar los tramos finales. En las últimas cuatro décadas el incremento sostenido de este grupo y de los estudios demográficos y epidemiológicos del envejecimiento a nivel mundial, han hecho que se le haya dado mayor importancia a situaciones relacionadas con el proceso de envejecer como son la calidad de vida, síndromes geriátricos, comorbilidad, fragilidad, discapacidad, capacidad funcional y temas concernientes con el cuidado al final de la vida (Hoyos-Pérez, 2016).

El proceso de envejecimiento difiere de acuerdo a la condición social. Debido a ellos es necesario continuar desarrollando propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar la calidad de vida a través de planes, programas y proyectos donde las personas adultas sean entes activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad (Freire de Olivera, 2007).

En el presente trabajo se empleó el paradigma de investigación cualitativo pues se realizó una recopilación de datos de los adultos mayores para saber las principales enfermedades crónico degenerativas, los principales resultados de las encuestas y mediciones de signos vitales en adultos mayores en la casa día de Acapetahua muestran una demografía diversa y características de salud variadas. Se observa que el 25% tiene 80 años, con un predominio del género femenino representando el 62.5% de la muestra. La mayoría de los encuestados (87%) carece de educación formal, y el 62.5% está casado.

Las mediciones físicas, el 37.5% tiene un peso entre 68 y 70 kilogramos y una talla de 1.50 metros, el 37.5% una presión arterial normal (130/90). Respecto a la frecuencia cardiaca, el 31.25% de 70 latidos por minuto que se encuentran dentro de los parámetros normales. Por último, el 50% 20 respiraciones por minuto,

considerada normal. Los resultados brindan una visión completa de las características demográficas y salud de los adultos mayores.

Los adultos mayores en Acapetahua muestran diversidad demográfica y variabilidad en la salud se destaca el 25% de 80 años, mayoría femenina (62.5%), con bajo nivel educativo (87%) y matrimonio (62.5%), en las mediciones físicas revelan peso (37.5% entre 68-70kg) y presión arterial normales (37.5% con 130/90). La frecuencia cardíaca (31.25%) y respiratoria (50%) están dentro de los parámetros normales, muestran una calidad de vida mixta: satisfacción con transporte y acceso a servicios (50%), sin embargo, tienen pensamientos negativos frecuentes (62%) y gran insatisfacción con vida sexual (75%). Encuesta sobre dependencia y autocuidado muestra diversidad: capacidad de trabajo normal (8), dificultades diarias (9), y nivel medio de satisfacción con sueño (12). Prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión (31.25%), artritis y diabetes (25%).

Es crucial abordar estas condiciones como problemas de salud pública en esta comunidad de adultos mayores. Desde la identificación de características basales como edad, género y estado civil, hasta la evaluación de la calidad de vida y el nivel de dependencia y autocuidado, se ha proporcionado una panorámica completa de la situación de los adultos mayores en el municipio. Esto ofrece una base sólida para el diseño de programas y políticas de atención y cuidado dirigidos a este grupo vulnerable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estilo de vida en los últimos 20 años ha provocado enormes cambios en el ámbito sanitario y demográfico. Uno de los mejores indicadores de estas transformaciones se focaliza en la reducción progresiva de fecundidad y en el incremento progresivo de la esperanza de vida de la población.

En México uno de los cambios demográficos más significativos de las décadas es la prevalencia de enfermedades en el adulto mayor, por lo tanto, en Chiapas se ha convertido en uno de los principales focos de atención, se ha observado que los adultos mayores tienen diferentes niveles de deterioro; actualmente la alza en el número de la población adulta ha llevado a que la casa día del municipio de Acapetahua tenga mayor presencia de personas mayores de 60 años con diferentes tipos de enfermedades crónicas.

El no contar con la afiliación a los servicios de salud puede suponer un riesgo para las condiciones de vida y el bienestar físico, así como el psicológico, en los adultos mayores es una de las principales necesidades básicas pues son quienes afrontan con mayor frecuencia enfermedades crónicas degenerativas, actualmente muchas personas adultas no cuentan con afiliación a estos servicios.

El estudio de bienestar de los adultos mayores adquiere mayor relevancia a partir de las últimas dos décadas se reconoce la importancia de este grupo en la estructura poblacional, tanto actualmente, pero, sobre todo en el mediano plazo hacia el futuro. El crecimiento poblacional esperado para los de 60 años y más implica que aumentarán las necesidades de atención en materia de salud.

JUSTIFICACIÓN

Uno de los objetos principales que el ser humano ha perseguido es el de preservar su salud y el poder vivir mayor tiempo posible, aunque no solo se trata de esto, sino, también de tener una calidad de vida óptima en su crecimiento y desarrollo, actualmente la prevalencia de enfermedades es más alta en los adultos mayores. El presente trabajo está enfocado en los adultos mayores, buscando conocer la atención de su salud reflejando las condiciones de bienestar y cuidados que se les brinda los principales factores que influyen en el surgimiento de las enfermedades.

El conocimiento de las enfermedades prevalentes en la casa de día del adulto mayor es muy importante, no solo para brindar tranquilidad durante el proceso de atención sino, para construir un instrumento útil que mejore situaciones de déficit de afrontamiento personal, con todo esto se busca llegar a mejorar la competencia profesional y de forma directa a mejorar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores, así mismo, buscar propuestas para el mejoramiento de su atención.

Todo esto lleva a un reconocimiento de la institución prestadora de servicios para apoyarnos en ellos y buscar una promoción en el cambio de estilos de vida de los adultos mayores, hábitos y costumbres que favorezcan el su desarrollo social y de salud, específicamente su bienestar, brindando conocimientos y habilidades en el área de geriatría, al igual motivando y contribuyendo con el personal de la institución en la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida de los residentes de la casa de día.

La presente investigación da la pauta para valorar el estado de salud, y suministrar la atención al adulto, así mismo, atiende e interviene en las necesidades de salud actuales, anticipa posibles daños y genera escenarios saludables de la población adulta, con actitud dialógica, solidaria, responsable y propositiva.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de la casa día en Acapetahua Chiapas para buscar alternativas de atención integral que mejoren su calidad de vida.

Objetivos específicos

- a) Describir las características basales de los adultos mayores.
- b) Analizar la calidad de vida y el estilo de vida del adulto mayor.
- c) Evaluar el nivel de dependencia y autocuidado del adulto mayor.
- d) Determinar las principales enfermedades crónicas que prevalecen en el adulto mayor.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Villegas González, (2012) realizaron tomas de signos vitales a 50 pacientes de la tercera edad de la clínica para el adulto mayor en San Felipe, Coahuila, esto para identificar cuales eran los rangos más comunes que se presentaban en esta población respecto a la tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y temperatura, durante la valoración se presentaron que el 70% de estos adultos manejaban una tensión arterial de 110-130 sistólica y 70-90 diastólica, el otro 30% manejaban tensiones superiores o menores a los rangos normales, en la frecuencia respiratoria el 80% manejaba un rango normal de 12-20 respiraciones por minuto, 20% tenían rangos anormales pues presentaban problemas respiratorios como es gripa, tos y asma, la frecuencia cardiaca solo el 50% presentaba un valor normal de 60 a 80 latidos por minuto, el otro 50% presentaban valores superiores o menores ya que tenían problemas cardiacos, por último el 100% de los adultos presentaron una temperatura dentro del rango normal (36.2 °C y 37.2 °C).

Hernández-Cueto, (2016) aplicó el estudio de coles a un grupo de adultos, este estudio buscó detectar cuantas enfermedades y el tiempo que se lleva viviendo con estas, encontró que de forma más frecuente se presentan entre tres y cuatro enfermedades en el mismo individuo, 70.2% presentaba al menos tres enfermedades. Los mayores de 80 años presentan 4.4 enfermedades en promedio, lo cual es alto si no se pierde de vista que son ancianos ambulatorios. La media para el sexo femenino es 4.3 y para el sexo masculino 3.2. El reto son los extremos, pues 6% presenta 8, 9, 10 y hasta 11 enfermedades concomitantes, lo cual se vuelve complicado de manejar.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016) indicó que la población mayor de 60 años representó el 10%, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento. Además, estimaciones poblacionales indican que para el año 2025 las personas adultas mayores constituirán entre el 12 al 13% de la población. Este crecimiento se desarrollará en un contexto social particular que es

desfavorable para los adultos mayores y una transición epidemiológica caracterizada por un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles

Palmar, (2017) realizó el estudio Lifestyle Interventions and Independence for Elders (LIFE) en el que los sujetos recibieron intervención con actividad física versus educación en envejecimiento exitoso, la prevalencia de fragilidad a los 12 meses fue significativamente baja en el grupo intervenido con actividad física (10%), comparada con el grupo control que recibió educación en envejecimiento exitoso (19.1%).

García-Duque, (2015) realizó los estudios clínicos aleatorizados de intervenciones nutricionales en personas frágiles siguen siendo escasos; uno de ellos es un estudio aleatorizado controlado que incluía 87 adultos mayores frágiles de la comunidad, con bajo estado socioeconómico, en los que recibieron suplementación nutricional por 12 semanas. Se observó que la funcionalidad física no cambió en el grupo control, pero sí en el grupo intervenido, en 5.9%; la prueba de rendimiento físico declinó en 12.5% en el grupo control y permaneció estable en el grupo de intervención; la velocidad de la marcha disminuyó en ambos grupos, pero fue mayor en el grupo control (11.3%), comparada con el grupo de intervención (1.1%).

Hernández-Cueto, (2016) realizó una encuesta y actualmente cerca de 20% de los ancianos toman al menos 10 medicamentos al día, y esto aún más en pacientes que se encuentran hospitalizados. Al ingresar al hospital un anciano recibe en promedio 2.14 medicamentos, 5.48 durante su estancia hospitalaria y sale con 3.47 del hospital.

Rodríguez, (2013) aplicó los cuestionarios WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF que fueron utilizados para medir la calidad de vida a 884 adultos mayores, pertenecientes a diferentes servicios gubernamentales como no gubernamentales y en lugares públicos de la ciudad. Los cuestionarios fueron mayormente aplicados por los evaluadores y un número menor aplicado grupalmente. En ambas modalidades aplicación tuvieron un promedio de duración de 45 minutos del número

total de cuestionarios aplicados, regresaron 804 completados de manera satisfactoria. Previamente a la aplicación del instrumento a cada participante se le explicó en qué consistía este instrumento, los fines que tenía y las respectivas instrucciones para completar el cuestionario. En los resultados obtenidos se demostró que el 45% del total de adultos tiene una calidad de vida media, mientras el 25% llegan a una calidad de vida óptima, con el otro 30% que sobro se muestra una calidad de vida baja.

López-Montolla, (2001) aplicó el estudio de Fried, se enmarcó dentro de un proyecto más amplio de salud cardiovascular y reveló que 9.7% de los adultos mayores con comorbilidad eran frágiles y 67.7% de los frágiles tenían comorbilidad entre nueve enfermedades consideradas. El promedio de enfermedades crónicas de un adulto mayor frágil fue de 2.1, comparado con 1.4 en el no frágil.

Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso inherente a la vida humana, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana. El envejecimiento es un proceso complejo de la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social, entre otros, por lo cual, se constituye en un espacio ideal para brindar herramientas de intervención que permitan entender el fenómeno de envejecer y asimismo dar alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor para de esta manera poder crear taxonomías de cuidado que permitan un mayor conocimiento y, por ende, una mejor atención.

El envejecimiento como un problema de salud pública que afecta a toda la población mundial representa un reto para todos los profesionales de enfermería, quienes desempeñan un rol fundamental en el cuidado de la salud en la vejez, al encontrar adultos mayores en todos los contextos sanitarios donde ellas se desempeñan.

La definición y posterior implementación de intervenciones de enfermería en el envejecimiento generadas desde la investigación constituyen un reto para la disciplina y la profesión al generar cuidados a partir de teorías que a su vez faciliten el entendimiento y abordaje del fenómeno. El cuidado de enfermería en el envejecimiento debe propender a abordar todas las perspectivas del ser humano, en aras de fundamentar el entendimiento hacia los modelos de envejecimiento activo y exitoso que lleven al adulto mayor a entender el proceso de envejecimiento como algo normal, donde su experiencia se constituye en la principal herramienta para la toma de decisiones y por ende alcanzar la posterior adaptación a los cambios vividos.

El estudio del envejecimiento se convierte en un desafío importante para la enfermería, ya que el conocimiento del fenómeno permitirá proponer y mejorar estrategias de intervención y mejorar la práctica de enfermería en el envejecimiento.

El interés por la vejez y los procesos de envejecimiento se ha producido a lo largo de toda la historia de la humanidad. En las últimas cuatro décadas el incremento sostenido de este grupo etéreo y de los estudios demográficos y epidemiológicos del envejecimiento a nivel mundial, han hecho que se le haya dado mayor importancia a situaciones relacionadas con el proceso de envejecer como son la calidad de vida, síndromes geriátricos, comorbilidad, fragilidad, discapacidad, capacidad funcional y temas concernientes con el cuidado al final de la vida (Maya, 2014).

Composición corporal

Si bien los cambios en la composición corporal son consecuencia de un proceso multifactorial y se producen a lo largo del proceso de envejecimiento incluso en personas sanas, existen evidencias de que el estilo de vida juega un papel de especial relevancia sobre la masa grasa, muscular y ósea. Concretamente, la OMS (2012) aboga por la nutrición y la actividad física como factores de gran influencia sobre la composición corporal de las personas mayores.

El envejecimiento está asociado con un deterioro de la capacidad para regular la ingesta de energía. El incremento del peso y la masa grasa durante la primera etapa del envejecimiento puede estar originado por el descenso del gasto de energía total derivado de una disminución de la actividad física y del metabolismo basal en presencia de una ingesta calórica estable o aumentada. Provocado por la pérdida del gusto y el olfato, pérdida de apetito, deficiente salud oral y estado dental, coexistencia de otras enfermedades y efectos secundarios de los fármacos para las mismas, demencia, depresión, vaciado gástrico ralentizado y/o reducción de la capacidad del estómago. Independientemente de la causa, la pérdida de peso corporal se asocia con la aparición y desarrollo de la sarcopenia y la osteoporosis por una aceleración de la pérdida de masa muscular y masa ósea (Vicente, 2012).

Adulto mayor

“Adulto mayor es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen”. Pareciera, entonces que, desde el punto de vista legal, el concepto de adulto mayor principalmente está atado al de la edad, que es considerada para la jubilación y, a través del requisito pensional, se pretende armonizar y generalizar su definición, puesto que apenas la Ley 1276 muy tímidamente se atreve a incluir otras características relativas a lo físico, lo vital y lo psicológico (Abaunza-Forero, 2014).

Chawla, (1988) afirma que los ancianos "no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el "viejo" se mantenga activo y autovalente. La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La

falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades.

Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar el aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores. Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso.

Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos (Barros, 1994).

Calidad de vida

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique y al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad.

Resultados de estudios que se han realizado en esta población dan cuenta, entre otros, de la evaluación de sus condiciones de vida y cómo en esta impacta su estado de salud, siendo posibles de aplicar en la creación de políticas públicas, el diseño de programas centrados en la promoción de un envejecimiento activo y saludable o

la generación de proyectos en salud, orientados tanto a la prevención como en la educación.

Ante este aumento poblacional, se hace necesario realizar estudios que no sólo estén centrados en la morbilidad, los factores de riesgos y la prevalencia de enfermedades crónicas en personas, sino orientadas a la calidad del envejecimiento y al bienestar psicológico, en otras palabras, un énfasis en la disminución de la situación de vulnerabilidad a la que se ven expuestos tal como el impacto que vivencia el adulto mayor en su calidad de vida (CV), producto de los eventos que se desarrollan en el proceso de envejecimiento.

El término calidad de vida pertenece a un universo ideológico, no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, y los términos que le han precedido en su genealogía ideológica remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos; tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento. Lo que mejor designa la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos.

A medida que aumentan la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía, o sea, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias, y la independencia, es decir, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás (Vaneska, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ha define a la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. El concepto se construyó teniendo en cuenta la recomendación de la OMS de incluir aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales en las investigaciones que aborden esta temática; por esta razón, se entendió la calidad de vida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la

combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y sólo se pueden mirar a través de los interesados).

También se entendió por adulto mayor a toda persona de 65 o más años, asumiendo que esta población se encuentra en la culminación de un proceso natural con deficiencias funcionales como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionado por un fondo genético, los estilos de vida adoptados en la niñez, la acumulación de excesos en la juventud y los aspectos ambientales en que vive el individuo.

La situación actual plantea retos y preocupaciones de vital importancia, tanto para los que los viven como para los organismos gubernamentales, lo que motiva el cuestionamiento de cuáles son las condiciones de vida y de salud de la población adulta mayor. La investigación de Cardona, (2019) se describen algunas características de la calidad de vida: económicas, familiares, sociodemográficas, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín con el objeto de orientar la implementación de programas de promoción de la salud, prevención, atención y socialización del adulto mayor

Geriatría

La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de la atención integral del adulto mayor en la salud y enfermedad considerando aspectos clínicos terapéuticos, preventivos y rehabilitación precoz. La atención integral del adulto mayor a que hace referencia la definición comprende: la evaluación, diagnóstico y plan de cuidado, considerando las esferas física, psicológica, social y funcional.

La rehabilitación precoz hace referencia al proceso de aprendizaje, simultáneo al tratamiento de patologías, que considera las cuatro esferas mencionadas, siendo su meta restaurar la función y mejorar la calidad de vida. Los objetivos de la geriatría

son: evitar la aparición de enfermedad mediante prevención y promoción de salud; si ésta aparece, prevenir que evolucione a la cronicidad e invalidez.

Lograr la máxima integración del adulto mayor en la familia y comunidad con la calidad de vida más digna posible, efectuando distribución racional de los recursos disponibles. Proporcionar asistencia integral, donde la rehabilitación juega un rol fundamental. Realizar docencia y educación, promoviendo la investigación en el área. Para cumplir con estos objetivos la geriatría se vale de tres herramientas: valoración geriátrica integral, niveles de atención, equipos de salud (Valera-Pinedo, 2003).

La evaluación geriátrica integral (EGI) es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que provocan alteraciones que con frecuencia llevan al adulto mayor a la incapacidad como deterioro cognitivo/demencia, trastornos de ánimo/depresión, trastornos del sueño/insomnio, inmovilidad/encamamiento, inestabilidad/caídas, incontinencia urinaria, privación sensorial (vista y audición), malnutrición, iatrogenia/fármaco y sociales/ sistemas de apoyo.

El objetivo es desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad de la población geriátrica y mejorar su calidad de vida, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos. En la literatura se mencionan reportes de estudios de EGI en poblaciones diferentes de adultos mayores, utilizando diversas escalas u omitiendo algunos problemas de salud, estos trabajos publicados han demostrado mejorar al menos uno de estos aspectos y otros muestran grandes beneficios, por lo tanto, llevar a cabo como tal la EGI nos llevará a identificar los problemas potenciales de salud y permitirá enfocar, dirigir y realizar acciones en beneficio de esta población.

La EGI constituye la forma más razonable de aproximarse al adulto mayor desde cualquier nivel de atención y esencial su aplicación para mejorar su calidad de vida. Los adultos mayores frágiles corren peligro de perder aquello que más estiman en

el ámbito de la salud, su autonomía personal. Con el paso de los años ha cobrado importancia debido a que permite realizar una evaluación precisa y adecuada de los distintos aspectos que condicionan la salud de los adultos mayores. Esta intervención demuestra un impacto más sobre la percepción individual de salud, menor número de visitas a los servicios de consulta, mayor desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria, mejoría en su vida social y del estado de ánimo y mental.

El modelo tradicional de aproximación clínica ha demostrado que la aplicación de este modelo al adulto mayor, especialmente al adulto mayor frágil tiene como consecuencia una mayor frecuencia de diagnóstico incompletos, una excesiva prescripción de fármacos, una mayor incapacidad funcional, al utilizar con menos frecuencia la rehabilitación, una utilización inapropiada de los recursos sociales y una institucionalización menos adecuada del paciente (Noriega y Vargas, 2011).

Autocuidado

La calidad de vida se evalúa a partir de la percepción que el adulto mayor tiene de su salud, uno de los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud. Incluye 9 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y transición de salud notificada. Para calificar esta prueba se realizó la homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de a mayor puntuación, mejor estado de salud.

El nivel de medición de los 3 instrumentos fue de tipo ordinal se realizó una prueba piloto de los instrumentos en una clínica de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la ciudad de Querétaro, a diez adultos mayores que se encontraban en espera de ser atendidos por su médico familiar, los cuales firmaron un consentimiento informado. La aplicación de las tres pruebas duró entre 20 y 30 minutos; hubo una buena aceptación por parte de los sujetos por participar

en el estudio, se incluyó el criterio de exclusión a los adultos mayores con algún problema mental (referido por algún familiar o el personal de salud (Figuroa, 2016).

Es necesario repensar el autocuidado como una estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas de acuerdo con sus características de género, etnia, clase social y etapa del proceso vital. Igualmente, es importante entender el significado del autocuidado como una construcción sociocultural que ha estado permeada por las concepciones, creencias, convicciones y representaciones sociales y prácticas de las personas en las diferentes sociedades. Desde los griegos se menciona la visión integral del cuidado de sí, tanto desde el cuidado del cuerpo como del alma, concepto asociado a regímenes de salud, ejercicio físico y a evitar excesos en los comportamientos cotidianos, además del cultivo del espíritu mediante prácticas de meditación, exaltación de la contemplación y la importancia del autocontrol.

En China, según la Constitución Política, “toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”, este es un enunciado que expresa el valor que debe tener el cuidado de la salud, como responsabilidad individual y colectiva frente a la vida, actitud que se debe propender en los contextos educativos.

La cultura ha asignado desde la perspectiva de género diferentes roles relacionados con el autocuidado, el cual es inherente a los seres humanos; desde esta mirada se espera que las mujeres asuman el rol de cuidadoras de la vida, de sí mismas y de los otros, y los hombres, asuman este rol por medio de comportamientos proveedores y protectores particularmente de los otros, disposición que permite verlos como seres independientes e invulnerables, y podría explicar su compromiso frente al autocuidado.

Las paradojas comportamentales se definen como aquellas prácticas nocivas que están en contradicción con los conocimientos saludables, esta concepción es importante considerarla con respecto a los jóvenes universitarios, en la medida en que se espera que estos tengan mayores elementos conceptuales que les permitan

sustentar su autocuidado; pero, en realidad se observa que no hay coherencia entre el saber y el actuar frente a este.

El estilo de vida de las personas involucra diferentes dimensiones entre las que se incluyen el autocuidado con el fin de fomentar la salud y prevenir la enfermedad, se consideran aquellas que en el instrumento “Validación del cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios, versión reducida (CEVJUR) en Chile” se enmarcan en la dimensión del cuidado médico, como son: baño diario, cepillado de dientes, automedicación, utilización de bloqueador solar, la exploración del cuerpo para detectar cambios físicos, control médico y odontológico (Manizeles, 2013).

Higiene bucal

El predominio de la higiene bucal deficiente en los adultos mayores examinados resultó similar al estudio de Lauzardo, quienes mostraron un alto predominio de higiene bucal deficiente en este grupo poblacional. Al mismo tiempo, las féminas demostraron poseer mejor índices de higiene bucal que los hombres.

La calidad de vida bucodental está dada por la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral. Según Fernandez, (2016), una mala salud emocional puede debilitar el sistema inmune haciendo al paciente más propenso a las enfermedades. Además, cuando la persona se siente estresado, ansioso o perturbado, puede no cuidar de su salud como debiera, pudiendo no sentir deseos de comer comidas nutritivas, descuidar del autocuidado oral en el hogar, etc. de ahí que la baja percepción del autocontrol está relacionado con baja autoestima en ancianos y por ende, un adecuado nivel de autoestima induce a experimentar un mayor bienestar y una buena salud en general, siendo la garantía para hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida.

Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimientos de cómo los cambios propios de la ancianidad, considerados naturales, se pueden convertir en procesos patológicos

específicos. Para evitar esto debe brindársele especial atención a los determinantes sociales que influyen y determinan el nivel de salud.

Hasta el momento, la ancianidad se aborda con énfasis en orientaciones relacionadas fundamentalmente con el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, pero es difícil encontrar un abordaje de aspectos que contribuyan al desarrollo de su espiritualidad y enfrenten con mayor claridad actitudes positivas que favorezcan métodos adecuados de higiene bucal, a la vez que se obvia, que constituye un grupo vulnerable por ser susceptible a trastornos bucodentales que afectan su estado de nutrición, la percepción que tienen de sí mismos y sus relaciones sociales.

Con el envejecimiento se generan unas series de cambios en el estado social, percepción sensorial y funciones cognitivas y motoras las que no han sido abordadas en profundidad en otras investigaciones. Por tal motivo, se realiza este estudio para caracterizar los niveles de autoestima e higiene bucal en adultos mayores y contribuir a interiorizar y mejorar su capacidad de adaptación al medio para enfrentar sus problemas bucales que favorezcan una vida saludable y satisfactoria (Ortiz-Moncada, 2017).

La salud bucal es parte integrante de la salud general pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucodentales han existido a lo largo de la historia de la humanidad y en todas las regiones del mundo. Los ancianos arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y a enfermedades bucodentales prevenibles que devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, su demanda pública y el fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.

La solución a enfermedades que afectan la salud está íntimamente relacionada con la promoción de salud y la prevención de enfermedades; se consideran como una serie de esfuerzos destinados a promover, conservar y restaurar la salud del

individuo a través de la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal. Bajo el criterio del hombre como ser bio-psico-social, y teniendo en cuenta que el proceso salud-enfermedad se produce por la interrelación de los factores biológicos y sociales, el Sistema Nacional de Salud ha definido su estrategia de trabajo con la realización de varios programas básicos de atención, dentro de los que se incluye el del adulto mayor, para lo que se realizan acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud con el objetivo de lograr salud para prolongar la esperanza de vida.

Se ha comprobado la alta y variada presencia de factores de riesgo en la población geriátrica y, con mayor representatividad, se encontraron problemas con la calidad del agua, los antecedentes de caries dental, el consumo de alimentos azucarados, la deficiente higiene bucal y el hábito de fumar condicionados, entre otras razones, por el modo y el estilo de vida de los adultos mayores. Las enfermedades más prevalentes en ambos sexos son la caries dental, las periodontopatías, el desdentamiento, la leucoplasia, la estomatitis subprótesis y la disfunción masticatoria por prótesis mal ajustada.

En la promoción de salud y la educación para la salud, a través de la aplicación de acciones educativas y al hacer uso de técnicas afectivas-participativas que no solo son más efectivas sino también más económicas, el esfuerzo realizado implica el beneficio de muchas personas a la vez y crea o modifica actitudes más favorables para el bienestar físico y mental (Rodríguez, 2016).

Fragilidad del adulto mayor

La fragilidad del anciano es un concepto relativamente nuevo en geriatría, desde hace tres años la OMS lo ha denominado como un síndrome geriátrico, pero a pesar de las numerosas discusiones teóricas no existe una definición operativa ni consenso en cuanto a su abordaje. La fragilidad supone un estado previo a la discapacidad, un estado de vulnerabilidad que o bien se detecta y de esta manera podemos abordar la situación para retrasar eventos adversos (caídas,

hospitalizaciones), o bien pasado por alto y el anciano puede traspasar la delgada línea que separa fragilidad de discapacidad.

Los mecanismos implicados en la etiología de la fragilidad son complejos, pero dos elementos son esenciales en su aparición y desarrollo, la desnutrición y la sarcopenia. Son problemas más frecuentes y graves en el anciano, que unidos a otros factores (genéticos, sociales hormonales, enfermedades crónicas, entre otras) forman parte de lo que se llama el ciclo de fragilidad, en el cual existe una retroalimentación entre los diferentes elementos que lo forman. Conocer la existencia de la fragilidad, identificar los factores de riesgo que puedan desencadenar y aquellas escalas e instrumentos de valoración que nos pueden detectar al anciano frágil, supone un paso adelante en la prevención y en la mejora de la calidad de vida del anciano.

El término “fragilidad” ha variado a lo largo del tiempo y fue conceptualizado como: riesgo de “romperse”, aumento del riesgo de morir, susceptibilidad inusual de enfermar, pérdida de la fuerza y la resistencia. Los fenotipos más comúnmente relacionados incluyen: debilidad muscular, fragilidad ósea, desnutrición, riesgo de caídas, vulnerabilidad al traumatismo, vulnerabilidad a infecciones, alto riesgo de confusión, presión arterial inestable y disminución de las capacidades. En geriatría, la palabra fragilidad también describe una serie de condiciones en las que las alteraciones ocurren simultáneamente.

Las diversas definiciones han incluido distintos focos, entre los que se encuentran: función física, función cognitiva y factores psicológicos y psicosociales. Numerosas investigaciones proponen que la fragilidad es un síndrome clínico basado en la presencia de signos y síntomas específicos. Se incluyen varias combinaciones de los siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos.

Para definir la fragilidad como un síndrome, las alteraciones deben presentarse combinadas. Una sola manifestación no es suficiente para reconocerlo. Un

consenso de geriatras italianos y norteamericanos publicaron que los criterios para definir fragilidad física deben basarse en alteraciones fisiológicas que afecten la movilidad, el equilibrio, la fuerza muscular, el procesamiento motor, la nutrición, la cognición, la resistencia y la actividad física (Morales, 2019).

Nivel de dependencia

El objetivo del estudio fue caracterizar el nivel de dependencia del adulto mayor con discapacidad y determinar las diferencias según características socioeconómicas, en el estudio fue analítico en base a la encuesta nacional especializada sobre discapacidad, los principales resultados revelan que en el año 2012 el 34.5% de la población adulta mayor presento algún tipo de discapacidad, siendo los tipos más frecuentes la motora (22.4%) y visual (21.2%). El 38.7% de los adultos mayores de la discapacidad presentan algún grado de dependencia. Las mujeres presentan 20% mayor probabilidad de presentar dependencia, y se observa una relación directa entre edad y dependencia y una relación inversa con el nivel educativo.

La investigación ha demostrado que los adultos mayores no solo enfrentan los problemas propios de la edad, si no que la condición de ser mujer y un bajo nivel de institución, hacen que la ancianidad sea de mayor riesgo ante una discapacidad (Chávez, 2015).

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus se ha convertido en un importante problema de salud pública en el adulto mayor. En México, el incremento en la prevalencia de esta enfermedad relacionado con la edad se refleja con afectación a más de 10% de la población de este grupo. Debe considerarse que las personas mayores la hiperglucemia postprandial se incrementan a razón de 10 mg/dL por cada 10 años de aumento en la edad, y que la hiperglucemia es una condición inicial asociada con el riesgo de complicaciones al largo plazo.

En este artículo se señalan los factores que predisponen al adulto mayor para padecer diabetes mellitus y las medidas de prevención; se destaca el papel de un

plan alimentario y la actividad física en el control del padecimiento, considerando los cambios fisiológicos propios de su edad y la presencia o no de complicaciones; e igual forma se formulan recomendación para el tratamiento farmacológico una vez demostrado que no se puede alcanzar el objetivo deseado mediante el no farmacológico (plan alimentario y ejercicio) dado que la medicación en el paciente que se plantea numerosos problemas (Salazar, 2016).

Estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) arrojan que para el 2025 el número de personas de 60 años y más, superará en todo el planeta los 1200 millones, de ellos 840 millones en los países subdesarrollados. En la actualidad existen alrededor de 605 millones de personas con las características mencionadas, que representan el 20% de la población total mundial, de los cuales 400 millones radican en países del tercer mundo. Las cifras muestran como este grupo de países tercermundistas desplazarán, en términos de adultos mayores, a muchos países desarrollados, apreciándose los cambios más espectaculares en el grupo de edad de 80 años y más.

Dentro de las causas del envejecimiento poblacional se encuentran la disminución de la mortalidad debido al progreso en la prevención de las enfermedades infecciosas, las mejoras en las condiciones sanitarias y de higiene, el desarrollo social global, los estándares de vida y también la caída igualmente pronunciada de las tasas de nacimientos. Se calcula que la esperanza de vida en el mundo alcanzará los 73 años en el 2020. En Cuba la esperanza de vida es hoy de 77 años, apuntando el cuadro demográfico de la nación a un sostenido crecimiento de la cantidad de personas con 60 o más años.

Con el aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados desde hace un siglo, las principales causas de muerte se han desplazado de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles y de las personas jóvenes a las mayores. Las enfermedades coronarias y el accidente cerebro-vascular han constituido las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres y hombres que envejecen, siendo más significativo aún en los pacientes diabéticos tipo 2 pues la

hiperglucemia es una condicionante que puede favorecer el desarrollo de complicaciones crónicas y agudas de la diabetes o bien acelerar el proceso de envejecimiento propio de la edad.

Estudios epidemiológicos realizados demuestran que en comparación con la población no diabética, los diabéticos tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar la enfermedad coronaria y de cuatro a cinco veces más, la vascular cerebral y periférica. El anciano diabético es un problema de gran trascendencia sanitaria, justificada por su elevada prevalencia, las dificultades para el diagnóstico, tratamiento y educación, hacen que requiera de una evaluación integral de su estado físico y su capacidad funcional pues las complicaciones agudas y crónicas son más frecuentes y graves. La DM constituye hoy una verdadera epidemia en el mundo, por su alta prevalencia.

Se estima que para el 2025 alcance la cifra de 300 millones y se plantea, que por cada paciente que ha sido diagnosticado, existe al menos uno por diagnosticar. En Cuba existe una prevalencia de 30 x 1000 habitantes. La incidencia aumenta con la edad. En Pinar del Río, en el 2005 la prevalencia de la enfermedad fue de 21843 pacientes con una incidencia anual de 1434; el 58.6% de los diabéticos conocidos tienen 60 y más años. Este es un grupo al que, por su tendencia a crecer en los próximos años, se le debe brindar una mayor prioridad y cuidado especial para mantenerlos activos, útiles y reducir los riesgos inherentes a su envejecimiento.

Los resultados de esta investigación constituyeron la salida de tesis de residencia de especialidad en Medicina General Integral y de Maestría en Longevidad Satisfactoria, por lo que se considera necesaria su publicación pues es parte de un proyecto ramal (Díaz-Calzada, 2011).

Hipertensión

La hipertensión es común en personas mayores de 65 años. En los mayores de 70 años, se lleva un peor control que entre los adultos de 60 a 69 años. El número de ensayos disponibles acerca de la población de edad avanzada es limitado; por lo

tanto, las recomendaciones robustas de metas de presión arterial (PA) para este grupo etario son pocas. El colegio americano de cardiología ha publicado recientemente un consenso de manejo de la hipertensión en la población anciana. Esta general, la revisión de la evidencia para el informe de consenso apoya una meta <150/80 mm Hg para la tercera edad con escasos datos en los mayores de 80.

Se decidió establecer una meta de <140/90 mm Hg, a menos que el paciente no pueda tolerarlo y luego trae de llegar a 140-145 mm Hg. Los diuréticos y los antagonistas del calcio son los agentes individuales más eficaces para el tratamiento; la mayoría de los pacientes requerirá dos o más fármacos para alcanzar sus metas.

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica, de causa múltiple, que produce daño vascular sistémico e incrementa la morbilidad por diversas enfermedades cardiovasculares, en el caso de los adultos mayores, la presión arterial aumenta con el incremento de la edad debido al proceso de envejecimiento como consecuencia de cambios en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y cambios en los mecanismos renales y hormonales; por tanto se espera que se incremente la incidencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores.

Por las características propias de este grupo etario, la clasificación y el tratamiento elegido y debe tenerse como punto clave del tratamiento la conservación de la funcionalidad e independencia, con especial cuidado en los efectos adversos de los fármacos, así como de posibles interacciones medicamentosa, la adherencia al tratamiento encontrada fue baja solo el 16% y el factor que se asoció estadísticamente con la adherencia al tratamiento fue el factor relacionado con la terapia (Cruz, 2019).

Cambios auditivos

Se realizó un estudio trasversal para conocer el comportamiento de las caídas en el adulto mayor de salud perteneciente al policlínico el envejecimiento de la población

es un fenómeno epidemiológico universal que conlleva un acentuado aumento de la expectativa de vida y al cual no somos ajenos. Las enfermedades concomitantes dependientes de la edad, entre ellas los problemas auditivos, son cada día más prevalentes e inciden notoriamente en la calidad de vida.

Estimar la prevalencia de los problemas de audición, así como de los factores asociados y su efecto en la calidad de vida de los adultos mayores en Bogotá. Los problemas auditivos son relevantes en los adultos mayores e inciden notoriamente en su percepción de la calidad de vida, asociándose con otras situaciones clínicas, funcionales y cognoscitivas; el uso de audífonos revierte esta percepción (Borda, 2016).

Actividad física

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida.

Uno de los factores que condiciona una buena calidad de vida e independencia del adulto mayor es la buena salud y la prevención de las enfermedades. En este sentido, uno de los objetivos prioritarios para este nuevo milenio es fomentar la actividad física, especialmente en la tercera edad, intentando aumentar la proporción de personas adultas que realizan ejercicio físico de forma regular, al menos 30 minutos al día, preferiblemente todos los días, disminuyendo al máximo la población sedentaria. El ejercicio cumple un rol fundamental en la calidad de vida del adulto mayor permite la continuidad de la fuerza y la movilidad, proporciona un sueño sin interrupciones (permitiendo dejar con facilidad las pastillas para dormir), mejora el estado de ánimo, previene algunas enfermedades y genera ambientes recreativos.

Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo las evidencias científicas muestran que existen alteraciones en las funciones cognitivas de los individuos que realizan actividad física regular. Estas evidencias sugieren que el proceso cognitivo es más rápido y más eficiente en individuos físicamente activos por mecanismos directos: mejora de la circulación cerebral, alteración en la síntesis y degradación de neurotransmisores; y mecanismos indirectos como: disminución de la presión arterial, disminución de los niveles de LDL en el plasma, disminución de los niveles de triglicéridos e inhibición de la agregación plaquetaria.

En nuestra población es importante destacar que hay una gran cantidad de creencias que hacen que nuestros pacientes de la tercera edad no realicen actividad física, las cuales se basan en el desconocimiento y las pocas instancias que tienen los equipos de salud para hablar e informar a la población sobre diferentes temas y en específicos sobre este (Pérez, 2018).

Obesidad y sobrepeso

El sobrepeso y la obesidad representan un problema de salud que afecta a la población en general. Los adultos mayores (≥ 60 años, según la OMS y la legislación peruana) no están exentos de este problema, lo cual es motivo de preocupación nacional y mundial. Se asocian a los procesos mórbidos y a las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan frecuentemente a este segmento poblacional, lo cual limita y acorta su calidad de vida. Por ello es muy importante prevenirla, detectarla a tiempo y tratar de solucionarla.

La población adulta mayor está estimada en 9.7% de la población general, alrededor de 3 millones de peruanos, y de acuerdo al informe técnico 'Estudio nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013 publicado en el 2015 por el Ministerio de Salud, se encontró sobrepeso en esta población adulta mayor en 21.4% (IC95%: 19.6 a 23.2) y obesidad en 11.9% (IC95%: 10.6 a 13.2), cifras menores que las encontradas en los adultos jóvenes (30.7% y 9.9%, respectivamente) y en los adultos (44.7%; IC95%: 19.6 a 23.2 para el sobrepeso y 23.1%; IC95%: 21.9 a 24.2% para la obesidad).

Debemos tener en cuenta que los puntos de corte que se utilizaron para la definición de sobrepeso y obesidad según el índice de masa corporal (IMC) fueron 28.0 a 31.9 para sobrepeso y ≥ 32.0 para obesidad, de acuerdo a la Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores (OPS, 2002). Según al área de residencia, el mayor sobrepeso (25.5%) y obesidad (15%) se detectó en las zonas urbanas en relación a las zonas rurales (10.7% y 3.7%, respectivamente). En relación al sexo de los evaluados, los hombres tuvieron un sobrepeso de 20.2% y de obesidad 8.1%, comparado con un predominio de las mujeres que tuvieron 22.5% y 15.3%, respectivamente.

Según el dominio geográfico, las áreas con mayor proporción de sobrepeso y obesidad correspondieron a la Costa Centro con 31.2% y 18.9%, la costa Sur con 28.8% y 18.1%, y Lima Metropolitana con 27.8% y 16.8%, respectivamente. Finalmente, de acuerdo a este informe técnico, en el tema del nivel de pobreza los 'no pobres' tuvieron porcentajes de sobrepeso de 23.5% y de obesidad 13.8%, comparado con los 'pobres no extremos', de 14.9% y 5.2%, respectivamente, y con los 'pobres extremos', con 8.6% y 2.8%. Es preciso ser muy cautos cuando evaluamos a una población, debiendo relacionar su índice de masa corporal con sus ingresos económicos.

Este fenómeno en nuestro país pudiera explicar en algunos casos los menores porcentajes de sobrepeso y obesidad que se presentan en los adultos mayores comparados con los más jóvenes, ya que este grupo etario usualmente tiene menos ingresos económicos, por la pobre calidad de la jubilación, y usualmente no están activos físicamente para poder tener ingresos adicionales que les permita vivir dignamente. Durante el proceso de envejecimiento, normalmente se producen diversos cambios corporales evolutivos, como disminución del agua corporal total, expansión del compartimento graso (aumenta de 14% a 30%) y disminución de la masa muscular y ósea.

Como sabemos, el cuerpo humano está conformado por masa magra (músculos, huesos, vísceras), es decir la masa corporal libre de grasa, que representa

aproximadamente 45% del peso corporal en los hombres y 35% en las mujeres. Después de los 25 años, esta masa libre de grasa va disminuyendo progresivamente a costa del músculo esquelético apendicular (aproximadamente entre 0.5% y 1% cada año. Entre los 60 y 70 años disminuye 15% y alrededor de 30% después de esa edad). Asimismo, la masa o tejido graso -el cual se encuentra distribuido ampliamente debajo de la piel (grasa subcutánea, conformando el 80% del total y luego disminuye proporcionalmente).

Alrededor de las vísceras abdominales, en el retro peritoneo y rodeando los grandes vasos sanguíneos en el 20% restante), aumenta con el pasar de los años, afectando tanto la parte externa e interna de los músculos, lo cual se acompaña de la disminución del tamaño y fuerza muscular. Este proceso recibe el nombre de sarcopenia. Desde el punto de vista de la grasa corporal, entre los 60 y 79 años se considera sobrepeso a valores superiores a 25% en el hombre y 36% en mujeres, mientras que la obesidad está considerada por encima de 30% en los hombres y 41% en las mujeres.

A la obesidad la definimos como el exceso de tejido adiposo o grasa corporal, resultante del desequilibrio entre una ingesta excesiva y un gasto bajo de energía, lo cual conduce a riesgos aumentados sobre la salud humana, asociándose a hipertensión arterial, dislipidemia, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, algunos tipos de cánceres, enfermedad de Alzheimer. También se conoce que la edad promedio de vida disminuye en las personas con sobrepeso u obesidad, según se demostró en el estudio de los Adventistas del Séptimo Día.

Estos daños se producirían por el aumento en la producción de citoquinas proinflamatorias (INF- α , IL-6, IL-10) y disminución de las citoquinas antiinflamatorias, como las adiponectinas. Un problema adicional en los adultos mayores es la presencia de la obesidad sarcopénica, la cual no es infrecuente en este grupo poblacional y está definida como la ocurrencia simultánea de un exceso de grasa corporal y de una pérdida significativa de la masa muscular y de la fuerza,

lo cual incrementa la morbilidad. En estos casos aumenta la grasa alrededor y dentro del músculo, acompañando a la disminución de las fibras musculares.

En relación al tratamiento, este debe estar dirigido a tomar acciones durante los inicios del envejecimiento. Pero en los casos en que ya se encuentra el problema, está claramente demostrado que las intervenciones de tipo conductual combinada con componentes dietéticos y de actividad física, conducen a una mejora. Es importante en relación a la alimentación no descuidar la ingesta proteica, para no sacrificar la masa muscular, debiendo consumirse diariamente entre 1.2 y 1.5 gramos de proteínas por kilogramo de peso. Desde el punto de vista de la actividad física, no debemos olvidar la importancia que tienen los ejercicios de resistencia que deben acompañar a los aeróbicos y a los de relajación, con lo cual se gana masa y fuerza muscular y se disminuye la grasa corporal (Lanata, 2017).

HIPÓTESIS

Los adultos mayores de la casa día del municipio de Acapetahua, Chiapas, son vulnerables a padecer enfermedades crónicas degenerativas derivadas de su estilo de vida.

METODOLOGÍA

Contexto de la investigación

La presente investigación se realizó en la casa día del municipio de Acapetahua, localizado en la Llanura Costera del Pacífico, predominando el relieve plano, sus coordenadas geográficas son 15° 17" N y 92° 41" W. Su altitud es de 30 m y sus límites son al noroeste con Acacoyagua y Escuintla, al este con Villa Comaltitlán, al sur con el Océano Pacífico y al Oeste con Mapastepec. La extensión territorial del municipio es de 556.68 km² que equivale a 6.54% de la superficie de la región Soconusco y 0.47% de la superficie total de la entidad.

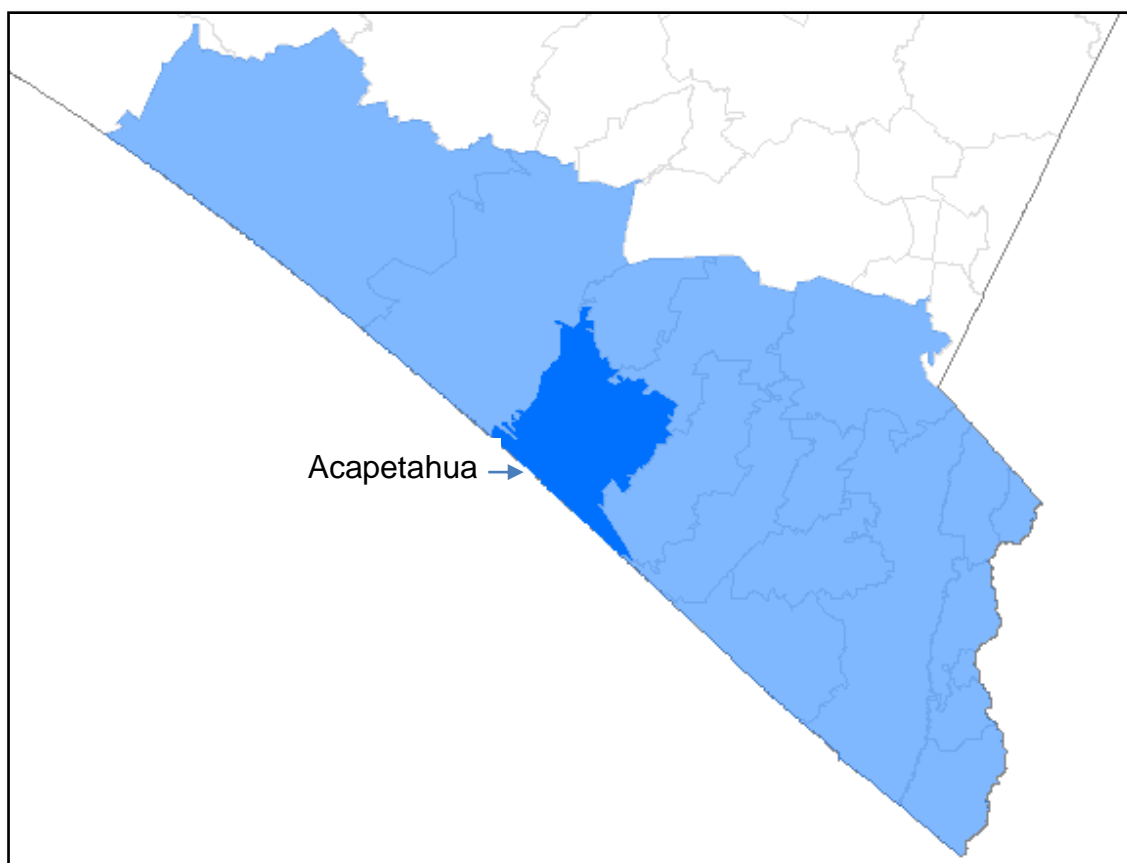


Figura 1. Localización del municipio de Acapetahua.

La casa día de Acapetahua se encuentra dentro de las instalaciones del DIF municipal de esta misma localidad, todo esto ubicado en la primera calle Oriente Sur entre Avenida Quinta Sur Oriente y Avenida Cuarta Sur Oriente, con

coordenadas 15.279896, -92.685924 como referencia principal frente de esta instalación se encuentra la biblioteca municipal.

Como se sabe la infraestructura del DIF municipal, no solo está compuesta por la casa día de adultos mayores, si no también cuenta con instalaciones de apoyo para madres solteras y niños menores de bajos recursos, por ello brindan servicios de orientación, asesoría y apoyo interdisciplinario (trabajo social, psicología, jurídico, médico) y protección a la familia, con una atención de calidad y calidez.

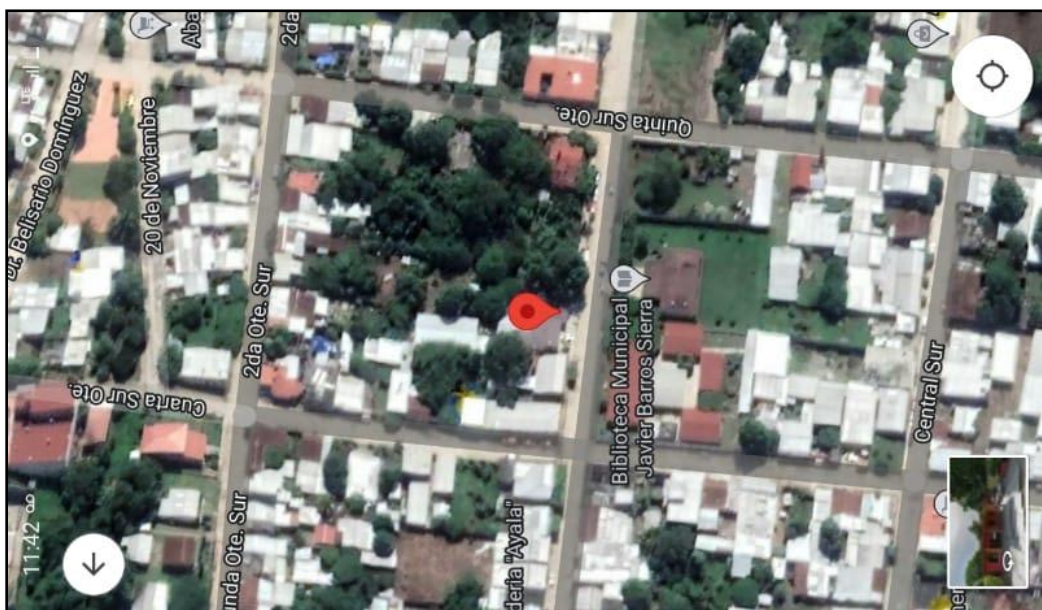


Figura 2. Ubicación del DIF Municipal (2022).

Sujetos de la investigación

El presente estudio se enfocó en los adultos mayores de la casa día de Acapetahua, de los cuales 6 son hombres y 10 mujeres, obteniendo un total de 16 asistentes a este establecimiento gubernamental, presentan un rango de edad de 60 a 80 años, y todos son pertenecientes a la cabecera municipal de Acapetahua.

Paradigma de investigación

La presente investigación se realizó en un paradigma cualitativo Maxwell, (2019) define la investigación cualitativa como aquella cuyo propósito es ayudar a comprender:

- 1.- Los sentidos y las perspectivas de las personas estudiadas esto es ver el mundo desde sus puntos de vista en lugar de acudir simplemente al punto de vista propio del investigador.
- 2.- Cómo estas perspectivas están definidas por contextos físicos sociales y culturales a la vez que también contribuyen con la definición de esos contextos.
- 3.- Los procesos específicos involucrados con el mantenimiento o la modificación de estos fenómenos y relaciones.

Schenke, (2018) destaca la importancia de aplicar determinadas técnicas de validez en las investigaciones cualitativas, como: el prolongado involucramiento y observación persistente en el campo, que permitirán evitar posibles errores en la obtención y registro de la información; la triangulación, que implica la combinación de múltiples investigadores, observadores, teorías, métodos y fuentes de datos, aportando complejidad y sustento a lo largo del proceso; revisión por parte de un par, que implicará un control externo; análisis de casos negativos, para comprobar si la hipótesis se ajusta o no a los hechos.

Método de investigación

La investigación puede ser de varios tipos, y en tal sentido se puede clasificar de distintas maneras, es común hacerlo en función de su nivel, su diseño y su propósito. Sin embargo, dada la naturaleza compleja de los fenómenos estudiados, por lo general, para abordarlos es necesario aplicar no uno, sino una mezcla de diferentes tipos de investigación, es por eso que la presente investigación fue de tipo descriptivo-analítico.

Para entender esto debemos dividir cada una de estos métodos y explicarlos por separado (Nicomendes Nieto, 2019). El método descriptivo es una investigación de

segundo nivel, inicial, cuyo objetivo principal es recopilar datos e informaciones sobre las características, propiedades, aspectos o dimensiones de las personas, agentes e instituciones de los procesos sociales, comprende la colección de datos para probar hipótesis o responder a preguntas concernientes a la situación corriente de los sujetos del estudio.

Un estudio descriptivo determina e informa los modos de ser de los objetos, por todo lo anterior queda analizado y concluido que la presente investigación es de método descriptivo, porque se describe tal y cual se presentó el problema de investigación, buscando especificar las propiedades importantes de la muestra.

Técnica de recolección de información

- **Evaluación de características basales**

Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente. Los signos vitales incluyen: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial (Andrade Urrutia, 2016).

La toma de los signos vitales se realizó durante todo el mes de julio, se hizo una visita domiciliaria a cada uno de los adultos, todo esto para tener una visión previa y una contabilización del estado de salud del paciente, para esta técnica se necesitaron instrumentos del área de enfermería como fueron baumanómetro, estetoscopio, termómetro y reloj con segundero.

- **Cuestionario WHOQOL-BREF**

El cuestionario WHOQOL-BREF, versión abreviada del cuestionario WHOQOL-100, el cual consta de un total de 26 que proporcionan un perfil de calidad de vida, niveles de dependencia y autocuidado. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert, del cual se obtuvieron sumas parciales para cada dominio en

puntuaciones que van de 0 a 130, a mayor puntaje se consideró mejor calidad de vida, también cuenta con 4 preguntas abiertas que nos da un panorama de los problemas de salud que presenta el adulto (Manizeles, 2013).

La aplicación del cuestionario se realizó en el mes de julio y así como en la toma de signos vitales en esta técnica también se hicieron visitas domiciliarias a los pacientes para poder encuestarlos de frente y con sus propias palabras rellenaran cada uno de los espacios de este mismo, se les pregunto si podían leer y escribir antes de empezar para valorar si podían o no responder por su cuenta, los materiales usados fueron la encuesta impresa y lapiceros para rellenar.

Por ellos de la misma manera evaluamos en el mismo cuestionario el nivel de dependencia y las principales enfermedades crónicas que el adulto mayor prevalece, fue más factible para el adulto mayor responder y que las preguntas eran entendibles.

Análisis de la información

Para recopilar los datos obtenidos en la evaluación de características basales y las encuestas se realizaron gráficas para contabilizar cada uno de los puntos tomados, así mismo, también se usó diagramas de pastel, todo esto para poder presentar porcentajes y proporciones en base a las respuestas de cada persona, implementamos la página textfixeres (contador de palabras) para poder recopilar los datos de las preguntas abiertas y saber cuáles fueron las respuestas más comunes plasmadas.

Analizando la calidad y estilo de vida que tiene cada adulto mayor determinamos que tienden a tener una visión negativa sobre su persona y para ello realizamos una gráfica que mide su calidad ya sea buena, moderada, normal, poco, dependiendo de cada pregunta que se le realizó.

Valoramos la información obtenida del nivel de dependencia y autocuidado del adulto mayor en una tablita de Word, ya que nos fue más entendible poder describir

el número de adultos mayores y la frecuencia, en el que ellos tienen la capacidad de realizar sus actividades diarias y para ello la dificultad de concentración.

Por lo consecuente realizamos una gráfica de pastel para determinar las principales enfermedades crónicas degenerativas más prevalentes que tienen los 16 adultos mayores evaluados en la casa día de Acapetahua.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

a) Características basales de los adultos mayores.

Con el objetivo de describir las características basales de los adultos mayores, tales como edad, sexo, escolaridad, estado civil, peso, talla, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, se llevaron a cabo encuestas y mediciones de signos vitales en 16 adultos en la Casa del Adulto Mayor del municipio de Acapetahua. El propósito fue obtener una comprensión detallada de cada individuo.

Los resultados de las entrevistas y mediciones revelan que el 25% de los adultos tienen 80 años de edad. El género predominante es el femenino, representando el 62.5% de la muestra. El 87% de los adultos mayores encuestados no poseen nivel de escolaridad. Respecto al estado civil, el 62.5% de la población está casada.

En cuanto a las mediciones físicas, el 37.5% de los adultos tienen un peso de entre 68 y 70 kilogramos. Asimismo, el mismo porcentaje presenta una talla de 1.50 metros. En relación con la presión arterial, el 37.5% de los adultos muestra un valor normal de 130/90. Respecto a la frecuencia cardíaca, el 31.25% registra una frecuencia de 70 latidos por minuto, dentro de los parámetros normales. Por último, el 50% de la población presenta una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, considerada normal.

Estos hallazgos proporcionan una visión integral de las características demográficas y de salud de los adultos mayores en la comunidad de Acapetahua, lo que podría ser útil para diseñar programas y políticas de atención y cuidado dirigidos a este grupo poblacional, tabla 1.

Tabla 1. Características basales de los adultos mayores.

Características	Edad	Frecuencia	Porcentaje
Edad	60	2	12.5
	67	1	6.25
	68	1	6.25
	70	2	12.5
	72	3	18.75

	73	1	6.25
	76	1	6.25
	77	1	6.25
	80	4	25
Sexo	Masculino	6	37.5
	Femenino	10	62.5
Escolaridad	Primaria	2	12.5
	Ninguno	14	87.5
Estado civil	Casado/a	10	62.5
	Divorciado/a	1	6.25
	Viudo/a	4	25
	Separado/a	1	6.25
Peso	50	2	12.5
	53	2	12.5
	56	2	12.5
	60	2	12.5
	63	2	12.5
	68	3	18.75
	70	3	18.75
Talla	1.50	6	37.5
	1.55	4	25
	1.60	4	25
	1.65	2	12.5
Presión Arterial	110/70	6	37.5
	120/90	4	25
	130/90	6	37.5
Frecuencia cardiaca	60	3	18.75
	63	1	6.25
	65	3	18.75
	70	5	31.25
	73	4	25
Frecuencia respiratoria	17	4	25
	18	4	25
	20	8	50

Tamala Márquez, (2017) dice que los adultos mayores son una parte de la población que se caracteriza por haber pasado su periodo de adultez juvenil, considerados así porque tienen más de 65 años, periodo en el cual se han llenado de experiencia, fortaleza, metas culminadas y cumplidas, labores fortalecidas, y que han de ser el referente de su larga vivencia.

Cabos Torres, (2015) menciona que después de los 60 años los valores de la presión arterial son ligeramente más altos. En particular, el valor sistólico, este fenómeno se debe al inevitable aumento de la rigidez de los vasos arteriales, que depende del envejecimiento. La hipertensión es uno de los problemas que más presentan los adultos mayores, con un valor de 140/90 mm Hg en adelante, siendo la presión sanguínea mínima con un valor de 90/60 mm Hg denominado hipotensión.

Chungandro Maila, (2019) explica que los latidos normales de los ancianos serán entre 60 y 90 latidos por minuto, cuando se presenta un aumento se lo llama taquicardia cuando su valor es mayor a 100 latidos por minuto y cuando se presenta una disminución se lo llama bradicardia cuando su valor es menor a 60 latidos por minuto.

Molina Galizzi, (2015) especifica que la respiración es un proceso fisiológico de vital importancia para los humanos, que incluye una serie de actividades útiles para garantizar un suministro adecuado de oxígeno a los tejidos y la eliminación del dióxido de carbono el valor normal de respiraciones por minuto de un adulto mayor es de 12 a 18 respiraciones por minuto.

b) Calidad de vida del adulto mayor.

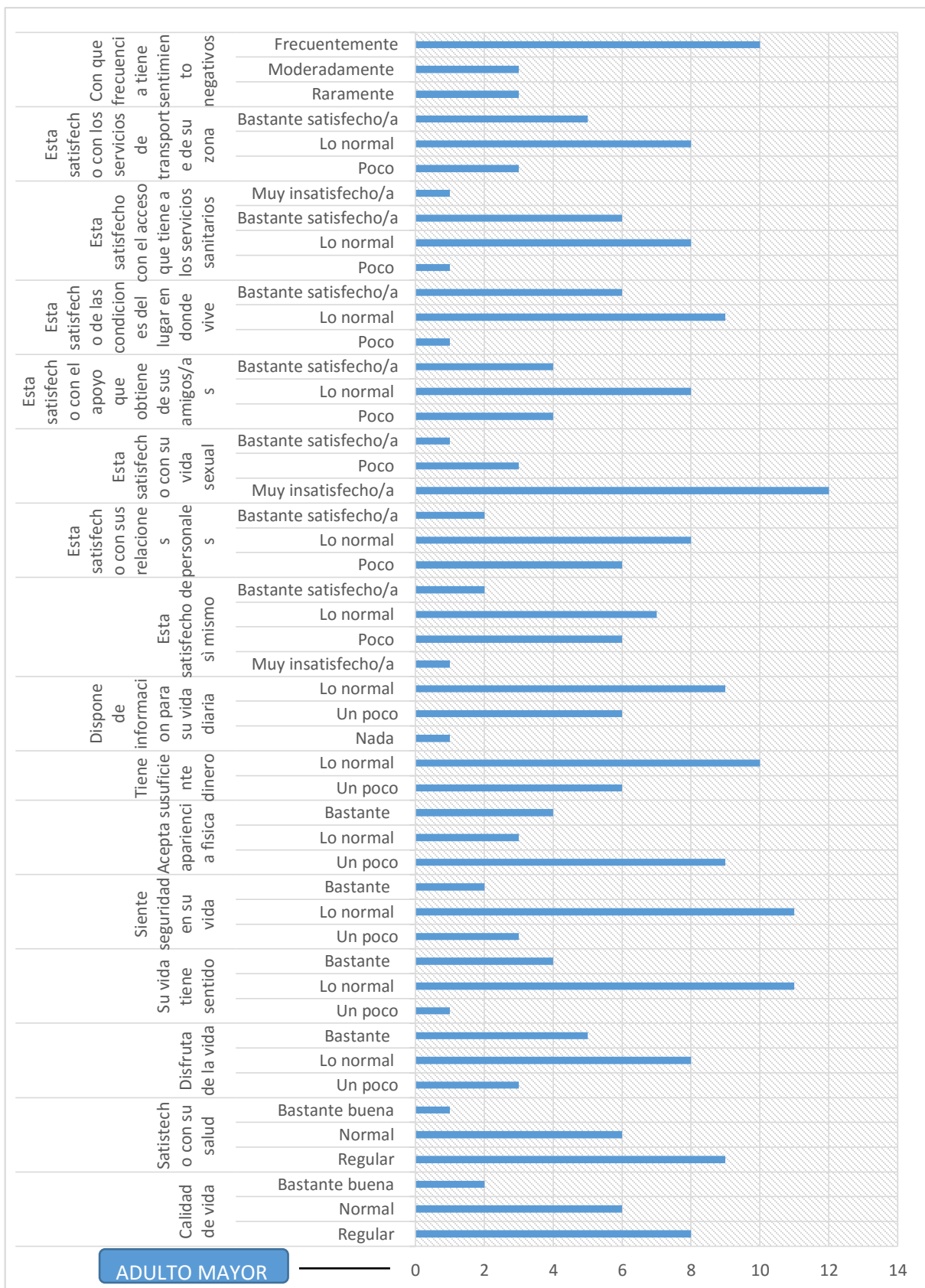
Con el propósito de evaluar el nivel actual de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Día del Municipio de Acapetahua, se llevó una serie de preguntas que abordan su rutina diaria y su acceso a diversos servicios. El 62% de los adultos mayores reportan experimentar pensamientos negativos con frecuencia. La mitad de la población (50%) se siente satisfecha con el transporte disponible en su área y con el acceso a servicios sanitarios. Asimismo, el 56.25% expresa sentir una satisfacción moderada con las condiciones de su entorno residencial. En cuanto al apoyo social, el 50% manifiesta sentirse normal en relación con el respaldo brindado por amigos y relaciones personales.

El 75% indicó sentirse muy insatisfechos con su vida sexual. Respecto a la satisfacción personal, el 43.75% se considera normal. En términos de información

para la vida diaria, el 56.25% de los encuestados afirman disponer de suficiente conocimiento. Además, el 62.5% señala contar con recursos financieros adecuados.

En cuanto a la autoimagen, el 56.25% acepta en cierta medida su apariencia física. En cuanto a la seguridad, el 68% de los adultos mayores se sienten normalmente seguros. En relación con el sentido de la vida, el 68% considera que su existencia tiene un propósito normal. Asimismo, el 50% disfruta su vida de manera normal y el 56% se siente regularmente satisfecho. Sin embargo, el 50% percibe su calidad de vida como regular, tabla 2.

Tabla 2. Calidad de vida del adulto mayor



ADULTO MAYOR

Acosta Quiroz, (2017) mencionan que sentimiento de soledad puede vincularse a la falta de actividad y al aislamiento social, los que pueden desembocar en diversos trastornos afectivos, como la depresión. Una persona mayor que haya dejado de ser activa y que se encuentre aislada socialmente acabará por sufrir en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, manifestado en última instancia por el deterioro cognitivo y de la salud en general. Cada día aumentan más las cifras de personas mayores que viven solas, que están institucionalizadas o que manifiestan síntomas asociados a la soledad, debido a que esta última es un problema que ha cobrado una enorme importancia por su alta incidencia y porque se relaciona con depresión, suicidio y diversos e importantes problemas de salud

Romero Cabrera, (2017) remarca que la carga que el envejecimiento demográfico impone a la sociedad se refleja en términos económicos. Es indiscutible que el aumento de enfermedades crónicas a medida que avanza la vida, unido a condicionantes psicosociales específicas, hacen que el grupo poblacional más viejo necesite y consuma más recursos en el orden de: medicamentos, atención médica y de enfermería, rehabilitación, asistencia social, instituciones para ancianos, etcétera.

Ortiz Zaragoza, (2020) menciona como la idea de que las personas de edad avanzada mantengan relaciones sexuales no es muy aceptada por la sociedad, se prefiere eludirla, dando lugar a que desaparezca del imaginario colectivo y, por tanto, a una supuesta inexistencia. Además del prejuicio cultural, la vejez conlleva la necesidad psicológica de tener una actividad continua. Numerosas personas de edad avanzada con intenso deseo sexual experimentan, por desconocimiento y por la presión social, un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza.

Callis Fernández, (2017) explica que en los últimos años se ha comenzado a hablar en términos de llegar a tener una longevidad satisfactoria. Se entiende por este término la condición de salud que, en su sentido más amplio, permite a las personas de edad satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que les impone el medio. En el logro este propósito influyen muchos factores, entre ellos la

percepción, la imagen que tenga el anciano de sí mismo, pues según sea esta será su conducta. Si bien el envejecimiento biológico es algo tangible, objetivo; la vejez, por el contrario, muchas veces es percibida en la actualidad a través de un conjunto de mitos y prejuicios impuestos por presiones económicas y sociales. Esta interpretación tradicional de la vejez conduce a que los sujetos tiendan a tener una visión negativa sobre su persona al llegar a la senectud.

c) Nivel de dependencia y autocuidado del adulto mayor.

Para evaluar el nivel de dependencia y autocuidado de los adultos mayores en el hogar diurno de Acapetahua, se llevó a cabo una encuesta con la participación de 16 personas de este grupo demográfico. El objetivo fue establecer metas para comprender diversos aspectos, desde su capacidad laboral hasta los tratamientos médicos que requieren. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

- **Capacidad de trabajo:** 8 adultos reportaron tener una capacidad de trabajo normal.
- **Habilidad para realizar actividades:** 9 adultos expresaron tener dificultades en la realización de sus actividades diarias.
- **Satisfacción con el sueño:** 12 adultos indicaron estar en un nivel medio de satisfacción con su calidad de sueño.
- **Movilidad:** 8 adultos se sienten normales al desplazarse de un lugar a otro.
- **Actividades de ocio:** Solo 9 adultos participan en actividades de ocio de manera regular.
- **Nivel de energía:** 14 adultos perciben que su nivel de energía se encuentra entre bajo y normal.
- **Percepción del entorno:** 11 adultos consideran que el ambiente que los rodea es saludable.
- **Capacidad de concentración:** 10 adultos tienen dificultades para concentrarse.
- **Necesidad de tratamiento médico:** 7 adultos requieren un tratamiento médico de forma considerable.

• **Limitaciones físicas debido al dolor:** 10 adultos experimentan pocas limitaciones físicas debido al dolor, lo que afecta de manera considerable su capacidad para llevar a cabo actividades necesarias.

Estos resultados destacan la diversidad de necesidades y desafíos que enfrentan los adultos mayores en el hogar diurno de Acapetahua. Es fundamental considerar estos datos para diseñar programas y servicios que satisfagan adecuadamente sus necesidades y promuevan su bienestar integral, tabla 3.

Tabla 3. Nivel de dependencia y autocuidado del adulto mayor.

Aspectos	Escala	No.	Frecuencia %
Capacidad de trabajo	Bastante satisfecho	1	6.25
	Normal	8	50
	Poco	6	37.5
	Muy insatisfecho	1	6.25
Habilidad para realizar sus actividades	Bastante satisfecho	1	6.25
	Normal	6	37.5
	Poco	9	56.25
Satisfecho con sus sueños	Bastante satisfecho	2	12.5
	Normal	6	37.5
	Poco	6	37.5
	Muy insatisfecho	2	12.5
Desplazarse de un lugar a otro	Bastante	3	18.75
	Normal	8	50
	Poco	5	31.25
Realiza actividades de ocio	Bastante	1	6.25
	Normal	5	31.25
	Poco	9	56.25
	Nada	1	6.25
Suficiente energía	Bastante	2	12.5
	Normal	7	43.75
	Poco	7	43.75
Es saludable el ambiente físico en su alrededor	Bastante	1	6.25
	Normal	11	68.75
	Poco	4	25
Capacidad de concentración	Bastante	1	6.25
	Normal	5	31.25
	Poco	10	62.5
Necesita de un tratamiento médico	Extremadamente	1	6.25
	Bastante	7	43.75
	Normal	3	18.75
	Un poco	5	31.25
En qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita	Extremadamente	1	6.25
	Bastante	1	6.25
	Normal	4	25
	Un poco	10	62.5

Millan León, (2019) describe que es necesario ahondar en la actividad laboral de los adultos mayores, considerando que además del incremento en el número de personas en este sector poblacional, la esperanza de vida también se ha incrementado y seguirá en aumento. Esto representa grandes desafíos para el mercado de trabajo de la entidad mexiquense, pues además de abrir espacios de trabajo para los adultos mayores, también es necesario que se alargue su estancia en los empleos para que puedan mantener un ingreso monetario que les permita tener una calidad de vida digna en la etapa de la vejez, en virtud de que no se prevé que las actuales generaciones de trabajadores lleguen a tener pensión u otras transferencias económicas de manera generalizada y suficiente al llegar a la vejez.

Aguilar Parra, (2019) plantea que los trastornos del sueño van a ser muy variados, aunque en muchos casos, van a estar relacionados con la edad del sujeto, su estado fisiológico o sus hábitos de sueño. En un segundo nivel aparecen factores vinculados a conductas inhibitoras del sueño, entre los que destacan una inadecuada dieta alimentaria, consumo abusivo de cafeína, nicotina o alcohol, ingesta de barbitúricos sin control médico o ausencia de ejercicio físico.

Sánchez Gil, (2018) considera muy importante señalar que las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente.

García Hernández, (2020) señala que la misión de un sistema de salud es mejorar al máximo posible las condiciones de salud de la población, reducir las desigualdades, mantener los costos, satisfacer las necesidades de los usuarios y crear buenas condiciones de trabajo para los prestadores de servicios. En México, país que se encuentra en vías de desarrollo, el envejecimiento de la población se manifiesta considerablemente; adquiriendo relevancia en cuanto a magnitud y trascendencia así como en sus características y condiciones de salud.

d) Principales enfermedades crónicas que prevalecen en el adulto mayor.

Se describieron las principales enfermedades crónicas degenerativas (ECD) presentes en los adultos mayores a través de una encuesta. La población evaluada mencionó que cuentan con una o más enfermedades crónica degenerativa, hipertensión, artritis, ácido úrico, diabetes, tiroiditis y discapacitado.

Se observa que la hipertensión tiene el mayor porcentaje con 31.25%, mientras que el 25% cuenta con artritis; así mismo, la diabetes cuenta con el mismo porcentaje obtenido por la artritis; mientras que las enfermedades con menor porcentaje son el ácido úrico, tiroiditis y discapacidad las cuales solo cuentan con el 6.25% cada una de toda la población evaluada. Por lo consecuente, cabe mencionar y destacar que estas enfermedades son consideradas un problema de salud pública, figura 3.

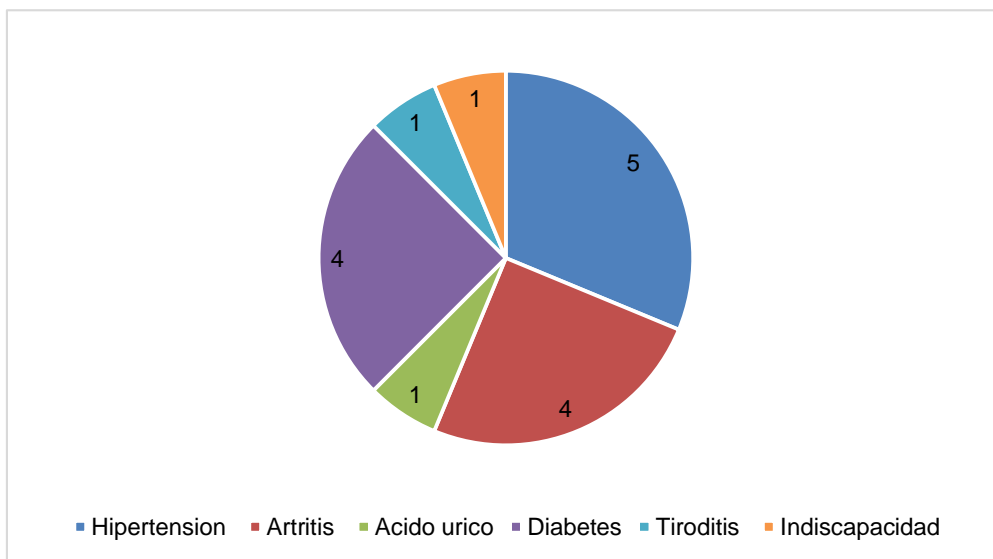


Figura 3. Principales enfermedades crónicas que prevalecen en el adulto mayor.

La enfermedad crónica degenerativa con el mayor porcentaje de frecuencia es la hipertensión, el cual este resultado tiene similitud con lo reportado por Vásquez et al., (2019), donde demuestran que la mayor enfermedad crónica degenerativa presente en las personas es la hipertensión con un porcentaje del 50% y lo

relacionan con problemas de sobrepeso, la alimentación que llevan y al consumo de alcohol.

Otras de las enfermedades cardiovasculares con un alto porcentaje presente en las personas evaluadas son la artritis y diabetes, las cuales parecieran estar relacionadas. Torres, (2021), menciona que estas cifras suelen ser más altas con una relación mujer a hombre así mismo, menciona que el tejido adiposo juega un papel importante en la relación de la artritis con diabetes, ya que el exceso de este tejido da lugar a un estado de inflamación crónica de bajo grado, que puede desempeñar un papel clave en el inicio de la artritis, así como el desarrollo de diabetes.

Carrillo, (2014) mencionan que los niveles y/o porcentajes de ácido úrico presente en la población están sujetos a distintas variaciones, como las variaciones genéticas, la edad, sexo y alimentación. Así mismo, reportaron que es una de las enfermedades que menos presentan las personas, debido a que solo el 3% de la población cuenta con ella, lo cual no concuerda con el resultado obtenido. Por lo consecuente, la tiroiditis es otra de las enfermedades que menos presentan las personas evaluadas, D'Hyver (2017), menciona que la prevalencia de la tiroiditis suele oscilar entre 7-10% en personas adultas pero, así mismo, recalca que esta enfermedad suele aumentar con forme a la edad aumentando a 20%.

CONCLUSIONES

El género predominante es el femenino contando con un total de 10 mujeres, así mismo, el 25% de la población son personas de 80 años y 14 de los adultos no cuentan con un nivel de escolaridad, la edad de las personas los hace vulnerables a padecer enfermedades.

En cuanto al nivel de calidad de vida, como el apoyo social y la satisfacción con la vida sexual, que requieren atención especial. Se evidencia la necesidad de programas y servicios que promuevan el bienestar integral y la autonomía de los adultos mayores, teniendo en cuenta sus limitaciones físicas y cognitivas, estos hallazgos subrayan la importancia de diseñar estrategias de intervención específicas y personalizadas, orientadas a mejorar la calidad de vida y la salud de este grupo etario.

Más de la mitad de la población tiene problemas para realizar actividades diarias y se encuentran con un nivel de energía que va de medio a bajo lo cual los lleva a tener dificultades para concentrarse.

Las principales enfermedades crónicas que prevalecen en la población destacándose la hipertensión, artritis y diabetes, tomando todo esto como punto de partida para crear planes de prevención a la salud y mejoramiento en los tratamientos individuales de cada adulto acá plasmado.

RECOMENDACIONES

Basándonos en los resultados obtenidos de las diversas encuestas y mediciones realizadas en la Casa del Adulto Mayor en el municipio de Acapetahua, así como en el Centro de Día de la misma localidad, se pueden establecer una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de los adultos mayores:

1. **Diseño de programas de salud y bienestar:** Dada la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión, la diabetes y la artritis, es fundamental implementar programas de prevención, detección temprana y manejo de estas condiciones, involucrando tanto a los adultos mayores como a sus cuidadores y familiares.
2. **Promoción de estilos de vida saludables:** Se deben promover hábitos de vida saludables, como una dieta balanceada, la práctica regular de actividad física y el control de factores de riesgo como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas y mejorar la salud general de la población adulta mayor.
3. **Fortalecimiento del apoyo social y emocional:** Dado el alto porcentaje de adultos mayores que reportan experimentar pensamientos negativos con frecuencia y sentirse insatisfechos con su vida sexual, es importante fortalecer las redes de apoyo social y emocional, brindando espacios de encuentro, actividades recreativas y acceso a servicios de salud mental y sexual.
4. **Mejora de la accesibilidad y calidad de los servicios de transporte y salud:** La satisfacción moderada con el transporte disponible y el acceso a servicios sanitarios sugiere la necesidad de mejorar la accesibilidad y la calidad de estos servicios, especialmente en áreas rurales o de difícil acceso, garantizando así que todos los adultos mayores puedan acceder a la atención médica y los recursos necesarios para su bienestar.

5. Atención integral a las necesidades de autocuidado y dependencia: los resultados de la encuesta en el hogar diurno de Acapetahua resaltan la diversidad de necesidades y desafíos que enfrentan los adultos mayores, desde dificultades en la realización de actividades diarias hasta limitaciones físicas debido al dolor. Es fundamental diseñar programas y servicios que aborden de manera integral estas necesidades, promoviendo la autonomía, el autocuidado y la calidad de vida de esta población.

En resumen, para mejorar y evitar enfermedades crónicas de los adultos mayores en Acapetahua, es necesario implementar intervenciones integrales que aborden tanto los aspectos físicos como emocionales, promoviendo un envejecimiento activo, saludable y digno para todos los miembros de la comunidad.

GLOSARIO

Adiponectinas: es una citoquina secretada por el tejido adiposo, que regula el metabolismo energético, estimula la oxidación de ácidos grasos, reduce los triglicéridos plasmáticos y mejora el metabolismo de la glucosa mediante aumento de la sensibilidad a la insulina.

Citoquinas: son pequeñas proteínas que son cruciales para controlar el crecimiento y la actividad de otras células del sistema inmunitario y las células sanguíneas.

Comorbilidad: coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.

Dislipidemia: es una concentración elevada de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas. Alteración en los niveles normales de lípidos en la sangre.

Fatiga: molestia ocasionada por un esfuerzo más o menos prolongado o por otras causas, y que en ocasiones produce alteraciones físicas, cansancio o hastío.

Fenotipos: se refiere a los rasgos observables de una persona, como la estatura, el color de ojos y el grupo sanguíneo. El fenotipo de una persona se determina a partir de su composición genómica (genotipo) y los factores ambientales.

Fragilidad ósea: son los huesos quebradizos y frágiles pueden ser causados por cualquier cosa que provoque que su cuerpo destruya demasiado hueso, o que impida que su cuerpo produzca suficiente hueso.

Grupo etéreo: están determinados por la edad y la pertenencia a una etapa específica del ciclo vital humano. La clasificación por sectores etarios es la más incluyente de todas en la medida en que todos nacemos, crecemos y envejecemos de manera similar.

Hiperglucemia: nivel de glucosa en la sangre superior al normal. Esta glucosa proviene de los alimentos que uno ingiere. La insulina es una hormona que lleva la glucosa hasta las células para darles energía.

Homogeneización: tratamiento al que son sometidos algunos líquidos, especialmente la leche, para evitar la separación de sus componentes.

Leptina: promueve la reducción de la ingesta energética por medio de la señal de saciedad en el cerebro.

Osteoporosis: fragilidad de los huesos producida por su descalcificación, con formación de poros y disminución de la densidad. Esto conlleva una disminución de la resistencia del hueso frente a los traumatismos o la carga, con la consiguiente aparición de fracturas.

Sarcopenia: es la pérdida de masa muscular esquelética asociada al envejecimiento, y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano.

Sarcopénica: es un término que relaciona el aumento de la masa grasa con la disminución de la masa muscular y que afecta a un importante porcentaje de población mayor.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Abaunza-Forero, M. M. (2014). *Concepción del adulto mayor*. Colombia: Universidad del Rosario.
- Acosta Quiroz, C. O.T. (2017). *Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos*. Sonora: Psicología y Salud.
- Aguilar Parra, J. (2019). *Calidad de sueño en adultos mayores de 55 años*. España: Revistas Científicas de América Latina.
- Andrade Urrutia, G. (2016). *Panoramas de signos vitales*. España: Redalyc.
- Barros. (1994). *Envejecimiento*. Chile: Scielo.
- Borda, C. (2016). *Auditivo*.
- Cabos Torres, J. C. (2015). *Medición de signos vitales*. Leganés, Madrid: Universidad Carlos de Madrid.
- Callis Fernández, S. (2017). *Autoimagen de la vejez en el adulto mayor*. Cuba: Centro de Información y Gestión Tecnológica de Santiago de Cuba.
- Cardona, D. (2019). *Calidad de vida*. Bogota: Scielo.
- Carrillo, M. (2014). *Ácido úrico*. España: Rev. Española.
- Chávez, M. M. (2015). *Nivel de dependencia del adulto mayor*. Perú: Theorema.
- Chawla. (1988). *Adulto mayor*. Scielo.
- Chungandro Maila, M. (2019). *Capacidad funcional cardíaca en adultos mayores*. Quito, Ecuador: Imorenta del Sureste.
- Cruz, J. E. (2019). *Hipertensión arterial*. Perú: Medicina Interna.
- Díaz-Calzada, M. (2011). *Diabetes Mellitus*. Lima: Revista Ciencias Médica.
- Fernández, M. E. (2016). *Higiene bucal*. Chile: scielo.
- Figuroa, L. (2016). *Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor*. México: Enfermería Universitaria.
- Freire de Olivera, N. M. (2007). *Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- García Hernández, M. (2020). *Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de atención de enfermería*. Tabasco: Revistas Científicas de América Latina.

- García-Duque. (2015). *Intervenciones nutricionales en personas frágiles*. España : Scielo .
- Hernández-Cueto. (2016). *Estudio de coles a un grupo de adultos*.
- Hoyos-Pérez. (2016). *Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años*. Colombia: General Acta.
- Lanata. (2017). *Obesidad*. Perú: Scielo.
- López-Montolla. (2001). *Estudio de Fried, salud cardiovascular*. México: Revistas médicas .
- Manizeles. (2013). *Autocuidado*. China: Scielo.
- Maxwell, J. (2019). *Diseño de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Maya, S. (2014). *Análisis del concepto del envejecimiento*. Barcelona: Scielo.
- Millan León, B. (2019). *Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses*. Toluca: ISSN.
- Molina Galizzi, P. (2015). *Cambios en el adulto mayor*. Argentina: Bergman.
- Morales, L. S. (2019). *La fragilidad en el anciano*. China: Revista Cubana.
- Nicomendes Nieto , E. (2019). *Tipos de investigaciones*. México: CORE.
- Noriega, S., y Vargas. (2011). *Evaluación geriátrica*. Chile: Scielo.
- OMS. (2016). *Calidad de vida* .
- Ortiz Zaragoza, M. (2020). *Características de la actividad sexual de los adultos mayores*. Chile: Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.
- Ortiz-Moncada, C. (2017). *Higiene bucal*. Cuba: Scielo.
- Palmar, M. D. (2017). *Intervenciones con actividad física*. Florida: Centro de Investigación Bio-medica .
- Pérez, C. A. (2018). *Actividad física*. China: Scielo.
- Rodríguez. (2013). *Escala de calidad de vida WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF* . España .
- Rodríguez, E. (2016). *Salud bucal*. Cuba: Scielo.
- Romero Cabrera, J. C. (2017). *Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria*. Panama: Salud Pública.
- Salazar, M. A. (2016). *Diabetes Mellitus del adulto mayor*. Perú: Revista Médica.

- Sánchez Gil, I. (2018). *El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor*. La Habana: Rev Cubana Med Gen Integr.
- Schenke, E. (2018). *Un abordaje teórico de la investigación cualitativa como enfoque metodológico*. Argentina: Universidad Nacional del Sur.
- Tamala Márquez, J. (2017). *El adulto mayor*. Cali, Colombia: Juárez.
- Torres. (2021). *Prevención de enfermedades cardiovasculares*. España: Revista Española.
- Valera-Pinedo, L. (2003). *Geriatría*. Lima: Scielo.
- Vaneska, A. D. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. La paz: Scielo.
- Vicente, R. (2012). *Envejecimiento y composición corporal*. Madrid: Scielo.
- Villegas González, J. A. (2012). *Signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente*. Colombia: Universidad de Manizales.

ANEXOS

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Sexo:	Hombre	Mujer	
¿Cuándo nació?	Día	Mes	Año
¿Qué estudios tiene?	Ninguno	Primarios	Medios Universitarios
¿Cuál es su estado civil?	Soltero/a	Separado/a	Casado/a
	Divorciado/a	En pareja	Viudo/a
¿En la actualidad, está enfermo/a?	Sí	No	

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?

Enfermedad/Problema.

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas** .Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda.