

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÒ VIZCARDO,
AZANGARO - 2014**

TESIS

PRESENTADA POR:

NOHELY CRUZ SANCA

PARA OPTAR EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

PUNO - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO,
AZANGARO - 2014**

TESIS PRESENTADA POR:
NOHELY CRUZ SANCA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

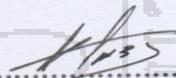
APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:

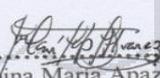

Dra. Tita Flores Sullca

PRIMER MIEMBRO:

SEGUNDO MIEMBRO:


Mstra. Nancy Silvia Alvarez Urbina

DIRECTORA Y ASESORA:


Mg. Agripina Maria Apaza Alvarez

Puno - Perú

2015

AREA : Adulto

TEMA : Estilos de vida del adulto mayor

DEDICATORIA

A Dios:

A quien entregue mi vida y en quien confié en la adversidad y fortuna y quien nunca me abandona ahora y siempre, iluminándome para obrar con honestidad, humildad y paciencia.

A mis padres

Pelayo y Natividad, por colmarme de amor, por ser mis mejores consejeros en el pasaje de la vida, por nunca dejarme caer y convertirse así en esas dos grandes murallas donde siempre me he podido apoyar.

A mis hermanos

Linda, Yuri, Roxana por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

A todas mis amigas

Maricruz, Lizbeth, Patricia, Roció, Anely, Reyna, Fiorela, con quienes compartí muchas experiencias a lo largo de mis estudios y que con su apoyo moral, compañerismo y enseñanzas permitieron el desarrollo y el logro de mis metas.

Finalmente a las profesoras, que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario y formación profesional, en especial a la Mg. Agripina María Apaza Álvarez quien me ayudo en la asesoría y dudas presentadas en la elaboración de la tesis gracias por todo su apoyo en todo.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater la Universidad Nacional del Altiplano por abrirnos sus puertas y brindarme la oportunidad de lograr el grado del título profesional.

A la Facultad de Enfermería donde obtuve los conocimientos que hoy hacen que pueda contribuir al desarrollo de nuestra región de Puno.

Mi eterno agradecimiento a mi Directora y Asesora de tesis Mg. Agripina María Apaza Álvarez por su apoyo y motivación para llevar a cabo el presente trabajo de investigación.

Al Ing. Vladimiro Ibáñez Quispe por su asesoramiento estadístico en el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A mis miembros jurados revisores de la presente tesis Dra. Tita Flores Sullca, Mg. Rosa Pilco Vargas, Mstra. Nancy Silvia Álvarez Urbina, por sus sugerencias y aportes que me brindaron para la culminación y fortalecimiento del presente trabajo de investigación.

A los Adultos Mayores que acuden al Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro que con su participación voluntaria contribuyeron de una u otra manera en la culminación de este trabajo.

Me siento agradecida con todos,

Nohely.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:	1
CAPÍTULO I	4
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:	4
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:	8
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	15
CAPÍTULO II	16
2.1. MARCO TEÓRICO:	16
2.2 MARCO CONCEPTUAL:	59
CAPÍTULO III	67
3.1. EN RELACIÓN A LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA:	67
3.2 EN RELACIÓN A LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:.....	68
3.3. EN RELACIÓN AL ANÁLISIS:	70
CAPÍTULO IV	71
CAPÍTULO V	72
5.1. RESULTADOS:	72
5.2. DISCUSIÓN:	77
CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES	85
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	86
ANÉXOS	100

RESUMEN

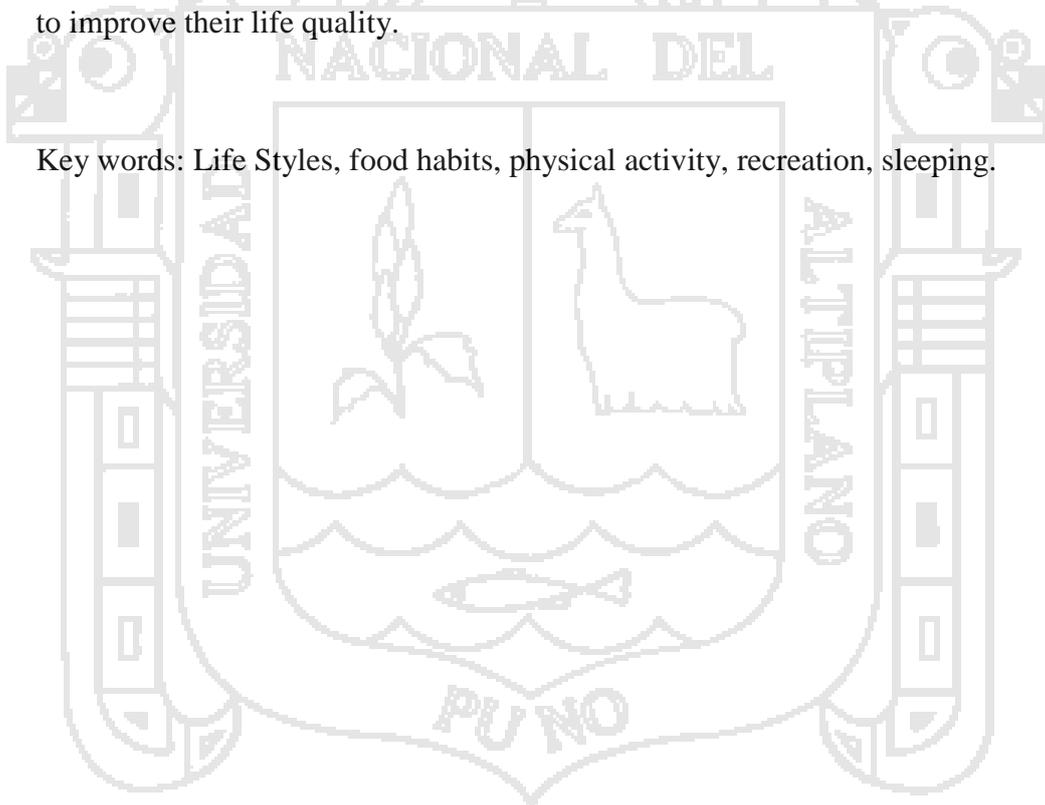
El estudio tuvo como objetivo determinar los estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2014. La muestra poblacional fue conformada por 40 adultos mayores con hipertensión arterial, la investigación fue de tipo descriptivo con diseño transversal, se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento el cuestionario de estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro – 2014, los resultados: Los estilos de vida de los adultos mayores resultan poco saludables en las categorías hábitos alimentarios en un 52.5 %; en la categoría actividad física en un 57.5 %; en la recreación en un 62.5 %; en la categoría sueño el 25 % y el 75% resultó su estilo de vida saludable. Conclusión: Los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos es poco saludable en tres dimensiones de las 4 consideradas en el estudio; se debe tomar en consideración estos resultados para mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores hipertensos del programa especialmente en las categorías hábitos alimentarios, recreación, actividad física, y continuar con la vigilancia de los estilos de vida principalmente en los adultos mayores que acuden al programa citado para contribuir a mejorar su calidad de vida.

Palabras claves: Estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física, recreación, sueño.

SUMMARY

This research aimed to determine life styles in highly strung elderly at the Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Hospital in Azangaro – 2014. The sample included 40 elderly with high arterial stress; this research was a descriptive transversal type one; surveys were the technique used with a questionnaire was the instrument; it was about life styles in highly strung elderly at the Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Hospital in Azángaro – 2014; these were the results: life styles in elderly are not healthy in the following categories: 52.5% in food habits; 57% in physical activity; 62.5% in recreation, 25% in the sleeping category and the 75% had a healthy life style. Conclusion: life styles in highly strung elderly are not much healthy in three of the four dimensions included in this research; these results should be taken into account to improve life styles in highly strung elderly specifically in the categories related to food habits, recreation, physical activities and to continue looking after their life styles specially in elderly who attend the mentioned health program in order to improve their life quality.

Key words: Life Styles, food habits, physical activity, recreation, sleeping.



INTRODUCCIÓN:

El presente estudio de investigación titulado “Estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2014”, se realizó porque se tuvo la oportunidad de observar e interactuar durante el internado comunitario en el hospital citado con personas de la tercera edad en el programa del servicio adulto mayor y se observó que muchos de ellos sufren de hipertensión arterial; de los 700 inscritos en el programa adulto mayor 40 padecen de hipertensión arterial, un gran porcentaje de estos pacientes no asisten a sus controles, además se observó que el trabajo de enfermería no es suficiente para mejorar la calidad de vida de este sector de población, dado que se requiere un trabajo coordinado con su entorno familiar, siendo los motivos por el cual se llevó a cabo esta investigación y tener los suficientes elementos teóricos con el objetivo de recomendar cual debe ser el camino correcto para mejorar la condición de salud de los adultos mayores siendo parte de la labor de enfermería.¹

Los estilos de vida son aspectos relacionados con el comportamiento individual, en especial con aquellos patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo y una serie de actividades, rutinas cotidianas como características nutricionales, horas de descanso, el ejercicio físico y la recreación.²

Dentro de los componentes de los estilos de vida tenemos:

Hábitos alimentarios: Son conductas y actitudes que tiene el ser humano al momento de alimentarse. El adulto mayor debe de consumir 6 comidas al día en las que se deben tomar en cuenta principalmente los 4 principales nutrientes: proteínas, calcio, fibra y líquidos; los que no deben de faltar principalmente en la alimentación de este grupo etario.³

Actividad física: Es todo tipo de movimiento corporal realizado por el ser humano durante un periodo de tiempo que contribuye en el adulto mayor a mejorar la capacidad funcional, reducir la fatiga, prevenir en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, evitar la osteoporosis, prevenir el estreñimiento y ayuda a

mantener el equilibrio físico y psíquico. Lo recomendable en el adulto mayor es realizar actividad física moderada durante 30 minutos al día.⁴

Recreación: Es una actitud positiva, necesidad básica del ser humano que le permite lograr el equilibrio biológico y social; la persona cuando llega a ser adulto mayor tiende a aislarse de la sociedad por lo cual es recomendable que realice actividades de recreación como: viajes, asistencia a reuniones familiares, cursos- taller donde brinden se les brinde conocimientos sobre técnicas de relajación como el yoga, taichí, entre otros.⁵

Sueño: Dormir es el acto de entrar en estado de reposo. El sueño es importante en el adulto mayor, porque contribuye en su salud en casos de enfermedad ya que ayuda en la regeneración celular y contribuye para el buen estado del sistema inmunológico, por otro lado la privación del sueño causa el aumento del riesgo de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares. Las horas de sueño del adulto mayor deben de ser de 6 a 8 horas.⁶

Por otro lado los estilos de vida poco saludables son hábitos, conductas o comportamientos inadecuados que no favorecen a llevar un buen estado de bienestar físico, mental y social. Dentro de los estilos de vida poco saludables tenemos: La poca actividad física o sedentarismo, la nutrición inadecuada caracterizada por ingesta excesiva de alimentos como grasas y azúcares, patrones de sueño alterados, que generan a tener una mayor probabilidad de desarrollar diversas enfermedades degenerativas como: diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial.⁷

Considerando la hipertensión arterial como parte del presente estudio se afirma que esta enfermedad es consecuencia de llevar un estilo de vida poco saludable. Según la OMS, afirma que a nivel mundial la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan el 12.8 % del total de las muertes; además señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta.⁸

A Nivel Nacional según el INEI, el 34 % de los adultos mayores de 60 años sufren de hipertensión arterial y en tanto indican que las ciudades de mayor incidencia de

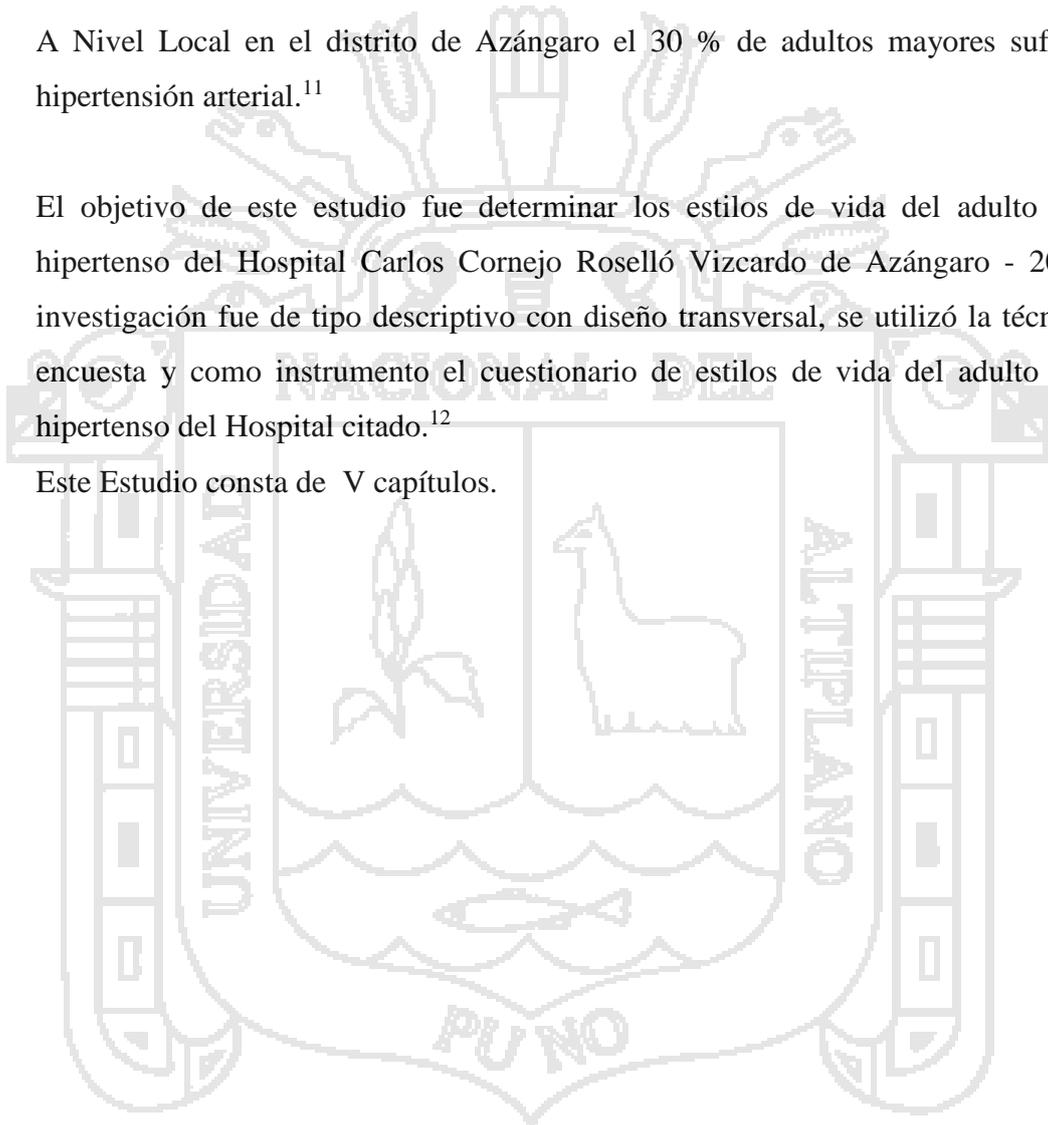
hipertensión arterial en adultos mayores de más de 60 años se registra en San Martín (42.7%), Ica (41.4%), Tumbes (40.4%) y Lima y Callao (39.9%).⁹

A Nivel Regional según el INEI, el 23.4 % de adultos mayores sufren de hipertensión arterial; del 100 % reciben tratamiento en un 32.3 % y el 67.7 % no reciben tratamiento.¹⁰

A Nivel Local en el distrito de Azángaro el 30 % de adultos mayores sufren de hipertensión arterial.¹¹

El objetivo de este estudio fue determinar los estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro - 2014. La investigación fue de tipo descriptivo con diseño transversal, se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento el cuestionario de estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital citado.¹²

Este Estudio consta de V capítulos.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Según la OMS, refiere que los estilos de vida son aspectos relacionados con el comportamiento individual, rutinas cotidianas o hábitos tales como: características nutricionales, horas de vigilia, descanso, hábito de ejercicio físico y otros rasgos del contexto en donde se desenvuelvan los individuos.¹³

Los malos hábitos alimentarios son responsables del 60% de las patologías, tales como las cardiovasculares; que comprenden desde infartos a enfermedades cerebrovasculares, otro de los tipos de enfermedades más frecuentes y graves causadas por la alimentación son algunos tipos de cáncer, siendo el 35% de casos de cáncer en el primer mundo, enfermedades crónicas, las musculares, óseas o la diabetes¹⁴

Con respecto a la actividad física, la OMS, afirma que la inactividad física afecta el estado del organismo de manera negativa, fisiólogos afirman que realizar por lo menos 25 a 30 minutos de actividad de moderada intensidad durante por lo menos 3 días a la semana, reducirá el riesgo de sufrir varias enfermedades no contagiosas pero si de carácter de limitación física como las artrosis; también se afirma que las enfermedades comunes no contagiosas(ECNC) conllevan al 60% de muertes en todo el mundo y el 80% de muertes por esas condiciones ocurren en Países con un nivel económico bajo y medio :además se estima que la causa principal de aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica es debido a la inactividad física o llevar una vida sedentaria .También se indica que en los últimos años la actividad física se ha reducido entre el 60 y el 80% en la población; si en la población Mundial de continuar con su vida sedentaria este porcentaje se incrementará en un 17 % entre los años 2005 y 2015 representando al cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad Mundial.¹⁵

En lo que respecta al sueño, este es un factor importante para los seres humanos, una vez que dormimos, ocurren diversos procesos metabólicos importantes para el organismo. En síntesis, el sueño contribuye para nuestra salud física y psicológica. Uno de los beneficios del sueño es la regeneración celular y contribuye para el buen estado del sistema inmunológico, en tanto el sueño en el adulto mayor se hace más frágil, sin embargo muestran menos estados de sueño profundo y se despiertan en la noche de 3 a 4 veces; los despertares están relacionados con un menor período de tiempo empleado en el sueño profundo. En general, los pacientes ancianos tardan más tiempo en dormirse y despiertan con mayor facilidad, lo que les hace más proclives a que tomen una o más siestas diurnas. Las horas de sueño en un adulto mayor son de 6 horas.¹⁶

Referente a la recreación, este factor es considerado como una actividad positiva del individuo hacia la vida el que favorecerá el logro de sus metas y autorrealización personal y conlleva a un equilibrio biológico y social el que conducirá a mejorar la calidad de vida.¹⁷

Según la OMS, estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes; además, señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta, lo que preocupa por las complicaciones que genera: insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual.¹⁸

En el estudio “Estilos de vida asociados a problemas crónico- degenerativos de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso-2010”; referente a los estilos de vida en los pacientes adultos mayores, el 80% de los pacientes practicaban buenos estilos de vida y el 10 % restante no practicaban buenos estilos de vida y refiere también que hay una mayor predominación de las enfermedades crónico degenerativas en el sexo femenino que el masculino, y que el personal de salud no brindaba educación a los pacientes.¹⁹

En el estudio “.Estilos de vida en pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los Subcentros de las parroquias San Pablo de Atenas y Balsapamba de diciembre 2010 a marzo del 2011.”; presentaban un estilo de vida inadecuado,

desconocían en si lo que es una nutrición adecuada y equilibrada, la importancia de la actividad física y el consumo de hábitos tóxicos (tabaco, el alcohol y otras sustancias) a pesar del daño que pueden causar estos estilos de vida inadecuados en su salud, esto se asocian a una mayor incidencia de hipertensión arterial.²⁰

Según el INEI, el 34% de los adultos mayores de 60 años del país sufre de hipertensión arterial y en tanto indican que las ciudades de mayor incidencia de hipertensión arterial en personas de 60 años a más se registra en San Martín (42.7 %), Ica (41.4 %), Tumbes (40.4 %) y Lima y Callao (39.9 %). Otro dato importante en este estudio es que 20 de cada 100 adultos mayores presenta problemas de colesterol alto, lo que aumenta el riesgo de enfermedades coronarias. La más alta incidencia de este mal se registra en Ica, Lima, Callao, Tumbes y Lambayeque.²¹

Por otro lado en el estudio titulado “Estilo de Vida y el Estado Nutricional del Adulto Mayor en el Pueblo joven Florida Baja, Chimbote 2012”; Del 100% de las personas adultas mayores que participaron en el estudio, el 8,7% tienen un estilo de vida saludable y un 91,3% no saludable.²²

En el estudio “factores socioculturales que se relacionan con el estilo de vida del adulto mayor del club virgen de las Mercedes, Tacna 2012”; El 67,5% de los adultos mayores presentaban un estilo de vida no saludable. En relación a los factores socioculturales se observó que el 50 % son de edad de entre 60- 64 años; el 60 % eran de sexo masculino; estado civil 45,0 % de adultos mayores eran casados, el 56,3% trabajaban , el 58,8 % tenían un ingreso económico de 100 a 500 soles; el 51,3% tenían su actividad laboral actual en su casa; el 67,5% tenían dependencia económica , rentas propias o de familia.²³

En el estudio “Estilos de vida y factores Biosocioculturales del adulto mayor del Asentamiento Humano José Olaya Cuncan - Casma, 2011”; Se encontró que del 100% de personas adultos mayores que participaron en el estudio, el 15,3% presentaban un estilo de vida saludable y un 84,7% no saludable. En tanto la mayoría de los adultos mayores presentaban estilos de vida no saludables y un mínimo porcentaje, saludables. Respecto a los factores biosocioculturales de los adultos mayores del Asentamiento Humano José Olaya Cuncan tenemos que: La

mayoría eran de sexo femenino, de religión católica y que menos de la mitad tenían grado de instrucción secundaria completa.²⁴

Según el INEI a nivel de la región Puno el 23.4 % de adultos mayores sufren de hipertensión arterial; Del 100 % reciben tratamiento en un 32.3% y el 67.7 % no reciben tratamiento. La prevalencia de la hipertensión arterial en las ciudades de la altura no muestra una relación directa de mayor altitud a menor prevalencia de la hipertensión arterial; Las ciudades de la sierra con mayor prevalencia a sufrir hipertensión arterial son Chachapoyas, Arequipa, Huaraz y Puno, las de menor prevalencia, Huánuco y Abancay, ciudades situadas en la sierra, por debajo de los 3 000 msnm.²⁵

A nivel local, en el Distrito de Azángaro el 30% de adultos mayores sufren de hipertensión arterial.²⁶

En el estudio “Estilos de Vida asociado al Nivel de Conocimiento respecto de su Enfermedad de las personas adultos mayores hipertensos atendidos en los consultorios externos del Hospital Carlos Monje Medrano Juliaca 2008”; Se encontró que el 71% de las personas adultos mayores hipertensos presentaban un nivel de conocimiento regular, 17% deficiente y solo el 12% bueno.²⁷

En el estudio “Estilos de vida y factores biosocioculturales de los pacientes adultos mayores que acuden a los consultorios externos del Hospital San Juan de Dios Ayaviri – 2009”; Se encontró que el 95% de pacientes encuestados presentaban un estilo de vida no saludable.²⁸

Por los antecedentes descritos se tuvo la oportunidad de observar e interactuar durante el internado comunitario en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro con personas de la tercera edad en el programa del servicio adulto mayor y se observó que muchos de ellos sufren de hipertensión arterial ; de los 700 inscritos en el programa adulto mayor 40 padecen de hipertensión arterial y por los datos referidos se presume que los estilos de vida que llevan podrían ser desfavorables para su salud ,así mismo , se observó que un gran porcentaje de estos pacientes viven solos o han sido abandonados siendo otras de las razones por las

cuales no acuden a sus controles , lo afirmado se pretende comprobar con este estudio de investigación, cuál de los estilos de vida favorecieron a su enfermedad, además , se ha observado que el trabajo de enfermería no es suficiente para mejorar la calidad de vida de este sector de población, dado que se requiere un trabajo coordinado con su entorno familiar , siendo otra de las razones para llevar a cabo esta investigación y tener los suficientes elementos teóricos para recomendar cual debe ser el camino correcto para mejorar la condición de salud de los adultos mayores. Por lo cual se plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo son los estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2014?

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

A NIVEL MUNDIAL:

En el estudio analítico comparativo realizado en Chile (2006), titulado “Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso. Chile.2006”; el objetivo fue investigar el estilo de vida y la influencia del trabajo en la percepción de bienestar y salud de las personas mayores de 65 años económicamente activas en las ciudades de Chillán y Valparaíso, con una muestra constituido por 239 personas, de un universo de 3699 de las cuales 111 corresponden a la ciudad de Chillán y 128 a la ciudad de Valparaíso. Se dieron los siguientes resultados: realizan ejercicio físico el 59.4% de la muestra en ambas ciudades, el 40.7% no ha acudido en 6 meses a consulta médica, solo un 9.1% y un 12.5% presentaron licencia médica en el mismo período y un 35% no ingiere ningún tipo de medicamentos. La percepción de salud es buena aún cuando el 52% presenta patologías crónicas, predominando la hipertensión arterial en el 37%.²⁹

En el estudio de tipo descriptivo y cuantitativo realizado en Cuenca –Ecuador (2010), titulado “Estilos de vida asociados a problemas crónico- degenerativos de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso-2010”; donde tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de los adultos mayores con problemas crónico-degenerativos en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. La muestra fue constituida por 50 usuarios

hospitalizados con enfermedades crónicas degenerativas, de un universo finito de 100 adultos mayores hospitalizados en el último semestre del año 2010. Se dieron los siguientes resultados: Referente al sexo de los 50 pacientes encuestados en el servicio de Clínica del Hospital citado, que 26 pacientes representaban el 52% sexo femenino y 24 pacientes representaban el 48% sexo masculino. Teniendo como resultado una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres que en varones, la misma que está estrechamente relacionada con la edad. Se encontró también que de los 50 pacientes encuestados en el servicio de Clínica, el 58% eran casados siendo el grupo de mayor predominación, 30% viudos, 6% eran solteros, 4% divorciados, 2% de unión libre. De los 50 pacientes encuestados se encontró que 28 eran casos de hipertensión arterial, 29 diabéticos y 2 adultos mayores presentaban enfermedades reumáticas. En cuanto al régimen de alimentación de los pacientes el 100% se alimentaban dos a tres veces por día de acuerdo a sus hábitos alimenticios, se observó que el 30% de los adultos mayores preparaban los alimentos, sus hijos el 38%, el 6% sus nietos, el 2% la empleada y 24% otros como vecinos, sobrinos y nueras. Respecto a su actividad física se encontró que el 56% de las personas realizaban ejercicio físico lo que constituye un factor protector porque previene la inmovilidad que tiende a ser un problema para los adultos mayores ayudando al funcionamiento como caminatas y los demás son sedentarios lo que constituye a un factor de riesgo porque puede llevar a pérdida de su funcionalidad ósea. Según los eventos recreacionales a los que asistían se encontró que el 36% no asistían a ningún evento social, el 24% asistían a fiestas de pueblo, 16% a programas barriales, 16% a reuniones de jubilados y un 8% asistían a paseos, lo que constituye un factor de riesgo porque una característica de la vejez es la tendencia al aislamiento lo que acelera la fragilidad del adulto mayor que forma parte de una sociedad o un grupo es fundamental para un adulto mayor ya que así se siente importante y no una persona sola, es esencial que participen de los mismos. Según con quien Vivían; se identificó que el 92% de los adultos mayores entrevistados vivían con la familia, y un 8% vivían solas, constituye un factor protector para que realice su dependencia e independencia del adulto mayor. Finalmente referente a los estilos de vida en estos pacientes adultos mayores, se encontró que el 80% de los pacientes practicaban buenos estilos de vida y el 10% restante no practicaban buenos estilos de vida.³⁰

En el estudio de tipo descriptivo realizado en Guranada -Ecuador (2011.), titulado “Estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los Subcentros de las parroquias San Pablo de Atenas y Balsapamba durante el periodo diciembre 2010 a marzo del 2011.” cuyo objetivo fue Identificar los Estilos de Vida que llevan los pacientes Hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a consultas. Se tomo una muestra constituido por 80 Pacientes que conforman parte del Club de Hipertensos de los citados Subcentros. Se dieron los siguientes resultados: Según sexo, del total de encuestados en la Parroquia San Pablo de Atenas el 53% eran de sexo masculino y el 47% de sexo femenino, mientras que en la Parroquia Balsapamba el 62% eran de sexo masculino y el 38% de sexo femenino, por lo que se concluye que en Balsapamba predominan los hombres y en San Pablo Atenas hay una cifra similar de Hombres y Mujeres. Respecto a la actividad física se encontró que del 100% de pacientes encuestados en la Parroquia Balsapamba el 52% realizaban actividad física, el 48% no lo realizaban debido a su edad avanzada y otras personas no realizaban actividad Física por falta de interés, mientras que en San Pablo de Atenas el 40% realizaban actividad física, el 60% no lo realizaban debido a su edad. En cuanto al tipo de ejercicio que realizaban se encontró que el 54% de pacientes de Balsapamba realizaban caminata, el 19% practicaban natación, el 23% calistenia y el 4% no realizaban ninguna de estas actividades y en San Pablo el 75% de los pacientes realizaban caminata, un 8% practicaban lo que es natación, y el 17% realizaban lo que es la calistenia. Al evaluar la importancia de una nutrición adecuada se encontró que los pacientes de los Subcentros de Salud de San Pablo de Atenas y Balsapamba en un 24% consideraban que era muy importante una nutrición adecuada, el 54% que corresponde más de la mitad lo consideraban de poca importancia y el 22% afirmaban que la nutrición no es importante. Con respecto a los alimentos que consumen; Entre los alimentos que más consumían los pacientes del Subcentro de Salud Balsapamba eran arroz y pan, en un 48%, carnes 24%, grasas 6%, lácteos 8% y frutas el 14%, En relación al 100% de los pacientes del Club de hipertensos de San Pablo de Atenas en un 33% consumían más lo que son las tortillas y pan ya que es la especialidad del sector, el 43% carnes, grasas y lácteos en un 7% respectivamente y el 10% frutas. Finalmente en cuanto al tiempo que se les diagnostico hipertensión arterial; se encontró que a los pacientes del Subcentro de Salud Balsapamba en relación al 100% ,el 11% indicaron que les diagnosticaron hace menor de un año,

el 44% de uno a cinco años atrás, el 20% de seis a nueve años y el 25% hace diez años o más, mientras que en el Subcentro de Salud de San Pablo, de los 100% indicaron en un 16% que les diagnosticaron esta enfermedad hace un año, el 26% de uno a cinco años, el 21% de seis a nueve años y el 37% que lo han hecho hace diez años o más. Se concluyó que los pacientes que conforman el Club de Hipertensos de los Subcentros de Salud de San Pablo de Atenas y Balsapamba presentaban un estilo de vida inadecuado, en cuanto al grado de conocimiento por parte de los usuarios Hipertensos se puede decir que desconocían en si lo que es una nutrición adecuada y equilibrada, la importancia de la actividad física y el consumo de hábitos tóxicos (tabaco, el alcohol y otras sustancias) a pesar del daño que pueden causar estos Estilos de Vida Inadecuados en su salud, esto se asocian a una mayor incidencia de hipertensión arterial.³¹

A NIVEL NACIONAL:

En el estudio de tipo cuantitativo realizado en Florida Baja, Chimbote (2012), titulado “Estilo de Vida y el Estado Nutricional del Adulto Mayor en el Pueblo joven Florida Baja, Chimbote 2012” cuyo objetivo fue el de determinar la relación del Estilo de Vida y el Estado Nutricional del Adulto Mayor en el Pueblo joven Florida Baja, Chimbote 2012. Se tomó una muestra que estuvo constituida por 150 adultos mayores, de un universo de 2050. Para la recolección de datos, se utilizaron dos instrumentos los siguientes instrumentos la escala de estilo de vida, la tabla de valor nutricional según índice de masa corporal (IMC) del adulto mayor de 60 años a más Ministerio de Salud (MINSA), la ficha de valoración nutricional del adulto mayor, los datos fueron analizados en el programa de SPSS, 18.0, y para determinar la relación entre variables, se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios Chi Cuadrado con 95% de confiabilidad y con un nivel de significancia de 0.05. Se dieron los siguientes resultados: Donde se muestra que del 100% de las personas adultas mayores que participaron en el estudio, el 8,7% tienen un estilo de vida saludable y un 91,3% no saludable. En tanto el 54,7%, prevalecieron con un estado nutricional normal, seguido por el 21,3% de adultos mayores con estado nutricional en delgadez, 20% sobrepeso y 4% obesidad. Se observó también que la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores que participaron en el estudio; del total de personas con un estado

nutricional normal, el 11.3% presentaban un estilo de vida no saludable y el 43.3% un estilo de vida saludable. A su vez, del total de personas con estado nutricional en delgadez, el 3.4% presentaban un estilo de vida no saludable. Cifras parecidas se encontró en las personas con estado nutricional de sobrepeso, donde el 9 % también presentaban un estilo de vida no saludable y un 21.3 % un estilo de vida saludable. Se concluyó que la mayoría de la población en estudio presentaba un estilo de vida no saludable y un porcentaje poco significativo saludable. En relación al estado nutricional de los adultos mayores en el Pueblo Joven en La Florida Baja tenemos que: la mayoría presentaban estado nutricional normal, en porcentajes significativos de delgadez, sobrepeso y poco significativo de obesidad. No existe relación estadísticamente significativa entre estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del Pueblo Joven La Florida.³²

En el estudio de tipo cuantitativo, de corte transversal, con diseño descriptivo correlacional realizado en Tacna (2012), titulado “factores socioculturales que se relacionan con el estilo de vida del adulto mayor del club virgen de las mercedes, Tacna 2012” cuyo objetivo fue el de determinar la relación entre los factores socioculturales y el estilo de vida del adulto mayor. Se tomó una muestra de 75 adultos mayores. Se dieron los siguientes resultados: El 67,5% de los adultos mayores presentaban un estilo de vida no saludable. En relación a los factores socioculturales el factor social: se observó que el 50 % con edades entre 60- 64 años; el 60 % eran de sexo masculino; estado civil 45,0 % los adultos mayores eran casados, el 56,3% trabajaban, el 58,8 % tenían un ingreso económico de 100 a 500 soles; el 51,3% tenían su actividad laboral actual en su casa; el 67,5% tenían dependencia económica, rentas propias o de familia. En el área cultural, se observó que el 42,5% tenían primaria, el 46,3% eran de religión católica. Se concluyó que los factores socioculturales se relacionan significativamente al estilo de vida. Los Factores sociales identificados edad, sexo, estado civil, ocupación, personas con quien vive, ingreso económico, actividad laboral actual, dependencia económica; en mayor porcentaje los adultos mayores del club virgen de las mercedes estaban entre las edades de 60-64 años de edad, así mismo eran de sexo masculino, con estado civil casado, la gran mayoría trabajaba y tenían un ingreso económico de 100 a 500 nuevos soles con actividad laboral actual siendo dependiente económicamente de sus propias rentas o de familia. Entre los Factores culturales identificados: como grado

de instrucción y religión; cerca del 50 % de los adultos mayores del club virgen de las mercedes tenían un grado de instrucción primaria y eran de religión católica. En cuanto a los Estilos de vida del adulto Mayor del club Virgen de las Mercedes el 67,5% presentaban un estilo de vida no saludable.³³

En el estudio de tipo cuantitativo, de corte transversal, con diseño descriptivo correlacional realizado en Chimbote (2011), titulado “Estilos de vida y factores Biosocioculturales del adulto mayor del Asentamiento Humano José Olaya Cuncan - Casma, 2011”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor en el Asentamiento Humano José Olaya Cuncan – Casma. Se tomó una muestra que estuvo constituida por 85 adultos mayores. Se dieron los siguientes resultados: En donde se encontró que del 100% de personas adultos mayores que participaron en el estudio, el 15,3% presentaban un estilo de vida saludable y un 84,7% no saludable. Con referente a los factores biológicos se observó que el mayor porcentaje de personas adultas en un 70,6% son del sexo femenino. Con respecto a los factores culturales el 27,1% de las personas adultos mayores tenían secundaria completa; en cuanto a la religión el mayor porcentaje 78,8% eran católicos. Se concluyó que la mayoría de los adultos mayores presentaban estilos de vida no saludables y un mínimo porcentaje, saludables. Respecto a los factores biosocioculturales de los adultos mayores del Asentamiento Humano José Olaya Cuncan tenemos que: La mayoría eran de sexo femenino, de religión católica y que menos de la mitad tenían grado de instrucción secundaria completa.³⁴

A NIVEL LOCAL:

En el estudio de tipo descriptivo correlacional realizado en Ilave (2007), titulado “Estilo de Vida y Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso que acude a los consultorios externos del Hospital Ilave-2007” cuyo objetivo fue identificar los Estilos de Vida y Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso que acude a los consultorios externos del Hospital Ilave. Se tomó una muestra que estuvo constituida por 176 usuarios. Se dieron los siguientes resultados: Se encontró que el 50.6% de los adultos mayores hipertensos mantenían un nivel de autocuidado bueno mientras que el 49.4% un nivel de autocuidado regular. El 59 % de la muestra

presentaban un estilo de vida favorable seguido de un 41% con estilo de vida desfavorable. Se concluyó que la mayoría de pacientes adultos mayores hipertensos mantenían un nivel de autocuidado bueno, y que el resto mantenían un nivel de autocuidado regular. En cuanto a los estilos de vida, un mayor porcentaje de pacientes adultos mayores hipertensos presentaban un estilo de vida favorable.³⁵

En el estudio de tipo descriptivo correlacional realizado en Juliaca (2008), titulado "Estilos de Vida asociado al Nivel de Conocimiento respecto de su Enfermedad de las personas adultos mayores hipertensos atendidos en los consultorios externos del Hospital Carlos Monje Medrano Juliaca _2008" cuyo objetivo fue el de conocer los Estilos de Vida asociado al Nivel de Conocimiento respecto de su Enfermedad de las personas adultos mayores hipertensos atendidos en los consultorios externos del Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca. Se tomó una muestra de 42 pacientes hipertensos adultos mayores. Se dieron los siguientes resultados: Se encontraron que el 71% de las personas adultos mayores hipertensos presentaban un nivel de conocimiento regular, 17% deficiente y 12% bueno. En cuanto al estilo de vida se obtuvo que el 93% presentarían un estilo de vida adecuado. Se concluyó que la mayoría de los pacientes hipertensos adultos mayores presentaban un nivel de conocimiento regular sobre su enfermedad, ya que había muy poca educación e información por parte del personal de salud. En cuanto a los estilos de vida, se concluye que en su gran mayoría presentaban un estilo de vida adecuado.³⁶

En el estudio de tipo descriptivo, realizado en Ayaviri (2009), titulado "Estilos de vida y factores biosocioculturales de los pacientes adultos mayores que acuden a los consultorios externos del Hospital San Juan de Dios Ayaviri – 2009" cuyo objetivo fue el de determinar el estilo de vida y su relación con los factores biosocioculturales de los pacientes adultos mayores que acuden a los consultorios externos del Hospital San Juan de Dios Ayaviri. Se tomó una muestra de 80 adultos mayores. Se dieron los siguientes resultados: En donde se encontró que el 95% de pacientes encuestados presentaban un estilo de vida no saludable; En tanto el 70% de los pacientes encuestados eran de sexo femenino y católico, y un 52% de pacientes encuestados eran viudos. Con respecto al grado de instrucción el 30 % tenían un grado de instrucción de primaria completa. Se concluyó que del total de encuestados: tienen

un estilo de vida no saludable, más de la mitad son de sexo femenino y católicos, menos de la mitad tienen el grado de instrucción de primaria completa y más de la mitad de los pacientes encuestados eran viudos. Finalmente, se concluye que existe relación biosociocultural con el estilo de vida de los pacientes adultos mayores.³⁷

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2014.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.** Describir los hábitos alimentarios como dimensión de los estilos de vida saludable según edad, sexo, grado de instrucción, procedencia y entorno familiar de los adultos mayores con hipertensión arterial.
- 2.** Describir la actividad física como dimensión de los estilos de vida saludable según edad, sexo, grado de instrucción, procedencia y entorno familiar de los adultos mayores con hipertensión arterial.
- 3.** Describir la recreación como dimensión de los estilos de vida saludable según edad, sexo, grado de instrucción, procedencia y entorno familiar de los adultos mayores con hipertensión arterial.
- 4.** Describir el sueño como dimensión de los estilos de vida saludable según edad, sexo, grado de instrucción, procedencia y entorno familiar de los adultos mayores con hipertensión arterial.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL.

2.1. MARCO TEÓRICO:

2.1.1. ESTILOS DE VIDA

Estilos de vida es una forma de vida que se basa en hábitos alimentarios, actividad física, recreación y sueño, que son patrones de comportamiento que tienen los adultos mayores. Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico, pero no la salud como bienestar biopsicosocial, espiritual y como componente de localización de vida. En este sentido se define como útiles de vida saludables.

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

La OMS, define al estilo de vida como los aspectos relacionados con el comportamiento individual, especialmente a aquellos patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo y una serie de actividades, rutinas cotidianas como características nutricionales, horas de descanso, el ejercicio físico, la recreación.³⁸

Los estilos de vida representan un conjunto de comportamientos, actitudes, rutinas cotidianas o hábitos que desarrollan las personas como número de comidas diarias, características de la alimentación, horas de sueño o descanso, recreación y ejercicio físico e incluyen creencias, costumbres, donde hacen referencia a maneras de vivir,

de los cuales se distinguen dos categorías los que mantienen la salud o retardan la muerte y aquellos que limitan o resultan dañinos para la salud y aceleran la muerte.³⁹

2.1.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida saludable se percibe como “Los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr su desarrollo y su bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral”. Además, se entiende como: “Una forma de vida, con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelven. El estilo de vida saludable ideal es aquel que contiene una dieta balanceada, ejercicios, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad que favorezcan a alcanzar el autocuidado, y contrarrestan factores nocivo a la salud”⁴⁰

Un estilo de vida saludable es posible cuando se cuenta con los conocimientos, se tiene la oportunidad y ante todo, la voluntad de hacerlo y es el que determina el autocuidado del individuo.

“El autocuidado son acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que se presentan”. Este es indispensable para la vida y si falta se produce la enfermedad o la muerte; de alguna u otra manera es aprendido por todos los seres humanos, quienes lo realizan según sus patrones socioculturales (costumbres, creencias, etc.).

Por lo mismo un estilo saludable está sujeto a modificaciones del comportamiento que promueve el cambio de la persona hacia un modo de vida más saludable; esto incluye, disponibilidad para mejorar el conocimiento y habilidad para iniciar y sustentar una transformación: “La relación de contribuciones que tiene el comportamiento actual en relación con las ganancias que se tendrían con un cambio o no de comportamiento y la extensión del soporte o apoyo para cambiar el comportamiento dentro del entorno físico y social ”.

Es tener en cuenta, que en el autocuidado la educación es un aspecto importante, puesto que a través de ella se puede modificar conductas inadecuadas, fomento de comportamientos de vida sana. Por tal razón la adopción de estilos de vida saludables está ligado al concepto de educación en salud, que para la OMS, es “Un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas de estilos de vida saludables”. Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida.⁴¹

En este sentido se define como estilos de vida saludable, a la estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, tal vez el momento clave es el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por una declaración de la Organización Mundial de Salud, para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo, los estilos de vida saludable tienen que ver con actividad física y alimentación para prevenir enfermedades de tipo metabólico, cardiovascular; dentro de los cuales tal vez la obesidad es el que más relevancia tiene, puesto que últimamente las cifras de sobrepeso y obesidad en los diferentes países del mundo tanto desarrollados como en vías de desarrollo aumentan de manera peligrosa.⁴²

De esta manera podemos elaborar un listado de estilos de vida o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, como prefiero llamarlos que al asumir responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosocial, espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o útiles de vida saludables podrían ser:

Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.

- ✚ Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- ✚ Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- ✚ Brindar afecto, mantener la integración social y familiar.
- ✚ Promover la convivencia y negociación.
- ✚ Capacidad de autocuidado

- ✚ Seguridad social en salud y control de factores de riesgo, como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- ✚ Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- ✚ Comunicación y participación a nivel familiar y social
- ✚ Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativas, entre otros.
- ✚ Seguridad económica

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludable es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que solo han de satisfacer necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

2.1.3 ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.

Muchas de las enfermedades producto del envejecimiento prematuro, se pueden prevenir si se llevan adecuados estilos de vida saludable, controlando los factores externos que dependen de la persona como el consumo del alcohol, tabaco, inactividad física y mala nutrición. Llevar una dieta apropiada, realizar ejercicio periódico, controlar el peso, evitar el consumo de alcohol, la exposición al sol y fumar puede aumentar la expectativa de vida de una persona. El sedentarismo por ser cada vez más común en niños y jóvenes deteriora la salud desde la temprana edad. Muchos de los efectos negativos de una falta de actividad física en la juventud surgen en la edad adulta con el envejecimiento. Esto resalta la importancia de llevar un estilo de vida saludable.⁴³

Los niveles de salud de las personas están determinados por 4 factores esenciales:

- ✚ Primero la herencia genética.
- ✚ Segundo el medio ambiente o entorno en el que viven.
- ✚ Tercero sistema sanitario.
- ✚ Cuarto estilo de vida saludable.

2.1.4 ESTILOS DE VIDA POCO SALUDABLE Son hábitos, conductas o comportamientos inadecuados en el adulto mayor hipertenso que no favorecen a llevar un buen estado de bienestar físico, mental y social. Dentro de los estilos de vida poco saludable tenemos: La poca actividad física o sedentarismo, la nutrición inadecuada caracterizada por ingesta excesiva de alimentos como grasas y azúcares, patrones de sueños alterados, abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales, generan una mayor probabilidad de desarrollar diversas enfermedades degenerativas como: diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, elevación de los niveles en la sangre de colesterol, triglicéridos, sobrepeso, etc. A nivel psicológico genera baja autoestima, dificultades de afrontamiento de situaciones de estrés y mayor probabilidad de padecer un trastorno del estado de ánimo.⁴⁴

2.1.5 ESTILOS DE VIDA NADA SALUDABLE: Son hábitos, conductas o comportamientos deficientes en el adulto mayor hipertenso, que afectan en gran medida su salud ocasionándole enfermedades crónicas no transmisibles. Entre los estilos de vida nada saludable tenemos: Consumo excesivo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas; sedentarismo, falta de ejercicio, insomnio, estrés, dieta inadecuada, falta de higiene personal, no realizar actividades de ocio o aficiones, falta de relaciones interpersonales. Cabe decir que se considera estilos de vida nada saludable a la nula realización de hábitos, conductas o comportamientos adecuados que favorezcan a alcanzar la calidad de vida que cada adulto mayor se merece.⁴⁵

2.1.6 COMPONENTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

2.1.6.1. HABITOS ALIMENTARIOS

Son una serie de conductas y actitudes que tiene el adulto mayor hipertenso al momento de alimentarse y para ser considerados saludables deberían tener los requerimientos mínimos de nutrientes que aporten a su organismo la energía suficiente para el desarrollo de sus actividades diarias.⁴⁶

Los buenos hábitos alimentarios incluyen: comer una variedad de alimentos, comer en cantidades moderadas, y consumir grasas, sal y azúcares en muy poca cantidad.

Nuestro cuerpo necesita 40 o más nutrientes para estar saludable y funcionar de manera adecuada. Los nutrientes son vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas; Los cuales se encuentran en una variedad de alimentos. Algunos alimentos son ricos en algunos de los nutrientes. Pero no hay un solo alimento que tenga todos los nutrientes que necesitamos. Por ejemplo:

- ✚ La leche es rica en calcio, pero tiene poco hierro.
- ✚ Las carnes, los huevos, las aves, y los frijoles son ricos en proteínas y hierro, pero son pobres en vitamina c.
- ✚ Las frutas y vegetales son fuentes de muchas vitaminas, minerales y fibras, pero contienen poco hierro y proteínas.

Los alimentos que se consumen en forma diaria deben reponer las pérdidas de materia viva consumida por la actividad del organismo. Producir las sustancias necesarias para la formación de nuevos tejidos, favoreciendo el crecimiento transformar la energía contenida en los alimentos en calor, movimiento y trabajo.

Los alimentos por su origen se clasifican en tres grupos:

- ✚ Los de origen animal: carnes, leche, huevos.
- ✚ Los de origen vegetal: verduras, frutas, cereales.
- ✚ Los de origen mineral: aguas y sales minerales.

En la etapa de la adultez mayor, la nutrición es muy importante para la salud física y emocional. Por ello, la dieta que lleven los adultos mayores debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible y además de fácil trituración o desintegración y digestión.

El adulto mayor debe tener una alimentación variada, en la que diariamente se incluyan frutas; verduras; leche o productos lácteos con poca grasa; carnes o legumbres; pan; cereales (arroz, sémola, fideos). Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol.

Estos alimentos permiten vivir saludablemente, porque aportan suficientes proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, hidratos de carbono y agua. Gracias a ellos, nuestro cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades.⁴⁷

Según la OMS, afirma que la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países. Al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser más ricas en grasas y con menor contenido de fibra, carbohidratos complejos, carbohidratos refinados y de sal. En los medios urbanos disminuye con frecuencia el ejercicio físico y el gasto de energía, mientras que se incrementa el consumo de tabaco y el estrés, estos y otros factores de riesgo, junto con el incremento en la esperanza de vida, van unidos a una mayor prevalencia de obesidad, Hipertensión Arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y de algunos tipos de cáncer.⁴⁸

La relación entre alimentación y salud es cada vez más conocida, como muchas de las evidencias epidemiológicas asocian la dieta con la aparición y/o prevención de ciertas enfermedades.⁴⁹

Considerando que una buena alimentación debe basarse en una adecuada distribución de la ingestión de nutrientes con alimentos variados, lo cual permite asegurar el funcionamiento de los órganos y sistemas e incide favorablemente en la salud y calidad de vida del individuo, se debe tener en cuenta lo siguiente:

a. Frecuencia de comidas durante el día

Para mantener la salud, se debe de consumir comidas tres veces al día y hacerlo siempre a las mismas horas por los actos condicionados a las secreciones gástricas que se realizan con o sin presencia de alimentos y debe dejarse el tiempo suficiente entre comidas para el vaciamiento gástrico, además un periodo de reposo.⁵⁰

Así mismo el MINSA, identifica como factor de riesgo para una mala nutrición, el consumir menos de 2 comidas diarias.⁵¹

En razón a ello se considera:

Desayuno: Es una de las comidas más importantes del día, debe incluir al menos un lácteo y cereales (galletas, cereales, tostadas,..) e incluir una fruta o su zumo.

Almuerzo: Constituye la principal toma de alimentos del día y es el momento de encuentro que favorece la relación social y la enseñanza o aprendizaje de los hábitos de alimentación. Por ello se debe propiciar un clima tranquilo y debe de ser variado, completo y de acuerdo a las necesidades de cada persona.

Cena: Debe ser más ligera que el almuerzo y lo antes posible para que dé tiempo de hacer la digestión y dormir bien, deben transcurrir al menos 2 horas antes de acostarse. Las recomendaciones alimentarias no difieren mucho de las que se plantean para la población adulta. Es recomendable que la comida se distribuya en 6 tomas durante todo el día, fundamentalmente en las personas mayores que muestran cierta inapetencia. De esta manera, se evita la sensación de saciedad y la última toma del día tras la cena, ayuda a que la persona no permanezca tanto tiempo en ayunas.⁵²

PIRAMIDE NUTRICIONAL PARA ADULTOS MAYORES



b. Consumo de carnes rojas

La OMS, refiere que el consumo de carnes rojas, por su particular composición más rica en grasa saturada y colesterol, debe ser esporádico y ocasional. Las carnes rojas, pese a que se consideran una fuente indiscutible de proteínas de calidad, son

alimentos con un destacado contenido en grasa saturada y colesterol, se debe llegar a consumir un trozo mediano, por lo menos dos veces a la semana luego alternar con pescado y carnes blancas.⁵³

Las carnes en general son alimentos que nos aportan principalmente proteínas de buen valor biológico (buena calidad, al presentar los 8 aminoácidos esenciales que necesitamos consumir en la dieta), vitaminas, principalmente del complejo B 12 muy importante para la regeneración de los glóbulos rojos y mejorar nuestro sistema inmune, y son la mejor fuente de hierro y zinc, tanto por su cantidad como por su alta biodisponibilidad. Sin embargo, la principal diferencia nutricional entre las carnes rojas y blancas es que estas últimas presentan un menor contenido de grasas saturadas y colesterol que son perjudiciales, principalmente, para la salud cardiovascular.⁵⁴

Las carnes rojas en si no son dañinas, si no que el exceso de estas es lo perjudicial para la salud. En el caso de las carnes rojas, es necesario limitar su consumo en las dietas y no se debería ingerir más de una o dos veces por semana, Además presentan otras sustancias llamadas purinas, productos tóxicos como la urea y el ácido úrico, que se eliminan por la orina, y si este último está aumentando tendremos riesgo de enfermarnos de Gota, es por eso que todas las campañas del Ministerio de Salud, y los nutricionistas, recomiendan aumentar el consumo de carnes blancas.⁵⁵

En el adulto mayor el consumo de carnes rojas debe ser de 2 raciones al día. Es preferible que la ingesta de pescado sea superior a la de carne y que incluya pescados azules (ricos en omega-3).⁵⁶

c. Consumo de carnes blancas

Las carnes blancas son ricas en proteínas de alta calidad, vitaminas y minerales, su consumo aporta poca carga calórica y colesterol, por lo tanto su ingesta se recomienda a diversos grupos de población y en diferentes dietas terapéuticas. La ingesta de carne de pollo es fuente de proteínas de alta calidad rico en aminoácidos esenciales que nuestro organismo es capaz de sintetizar con facilidad, además de contener grasas buenas compuestas por ácidos grasos mono y poliinsaturados, relacionados con un papel cardioprotector en nuestra salud.⁵⁷

El MINSA, refiere que las carnes blancas como el pollo y el pescado proveen proteínas al organismo. El pollo contiene menos colesterol que las carnes de vacuno, cordero, cerdo y se recomienda consumir tres a más veces a la semana.⁵⁸

En el adulto mayor el consumo de carnes blancas debe ser de 2 raciones al día. Es preferible que la ingesta de pescado sea superior a la de carne y que incluya pescados azules (ricos en omega-3).⁵⁹

d. Consumo de glúcidos, cereales

Los glúcidos, carbohidratos, hidratos de carbono o sacáridos son biomoléculas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno, cuyas principales funciones en los seres vivos son el prestar energía inmediata y estructural. La glucosa y el glucógeno son las formas biológicas primarias de almacenamiento y consumo de energía. Estas sustancias son: pan, harinas, fideos, azúcares de alto valor energético. Estos compuestos están formados por carbono, hidrógeno y oxígeno. La principal función de los glúcidos es aportar energía al organismo, de todos los nutrientes que se pueden emplear para obtener energía, los glúcidos son los que producen una combustión más limpia en nuestras células y dejan menos residuos en el organismo. De hecho, el cerebro y el sistema nervioso solamente utilizan glucosa para obtener energía. De esta manera evita la presencia de residuos tóxicos (como el amoníaco, que resulta de quemar proteínas) en contacto con las delicadas células del tejido nervioso.

Una parte muy pequeña de los glúcidos que ingerimos se emplea en construir moléculas más complejas, junto a grasas y proteínas, que luego incorporan a nuestros órganos.

También utilizamos una porción de estos carbohidratos para conseguir quemar de una forma más limpia las proteínas y grasas que se usan como fuente de energía.

Los glúcidos deben de aportar el 55% o 60% de las calorías de la dieta. Es posible vivir durante meses sin comer carbohidratos pero se recomienda una cantidad mínima de 100 gramos diarios, para evitar una combustión inadecuada de las proteínas, grasas (que producen amoníaco y cuerpos cetónicos en la sangre) y pérdidas de proteínas estructurales del propio cuerpo; lo que equivale a un consumo de dos tazas al día.⁶⁰

En el adulto mayor el consumo de glúcidos: alimentos como el pan, la pasta o el arroz deben constituir la base de la alimentación y se recomienda un consumo de entre 4-6 raciones al día. También se recomienda que el consumo de dulces industriales debe de ser moderado.⁶¹

Los cereales y sus derivados son ricos en carbohidratos tanto de absorción rápida como de absorción lenta (fibra). Estas sustancias son: pan, harinas, fideos, azúcares de alto valor energético. También contienen minerales como el calcio, fósforo (aunque la presencia de ácido fólico interfiere parcialmente su absorción), hierro y en menor cantidad potasio, también todas las vitaminas del complejo B, la vitamina E, que está en el germen que se pierde con la molienda del grano y la vitamina B1, es abundante en el salvado de trigo.

La OMS, afirma que una alimentación sana debe tender a aumentar el consumo de hidratos de carbono complejos (hasta el 70% de la energía ingerida), reducir el consumo de hidratos de carbono simple refinado (azúcar blanco) tanto como resulte posible, hasta llegar a prescindir completamente de ellos.⁶²

Esto significa que deben consumir abundantemente cereales (trigo, cebada, avena, maíz, arroz, etc.), que son la principal fuente de hidratos de carbono complejos (almidón). El consumo abundante de cereales (especialmente la avena), tiene efectos beneficiosos sobre la diabetes, trastornos metabólicos y disminuye el riesgo de padecer cáncer.

En el adulto mayor el consumo de cereales debe ser entre 4 a 6 raciones al día. Es preferible el consumo de cereales integrales por el aporte de fibra y vitaminas.⁶³

e. Consumo de menestras

Las menestras o leguminosas como el pallar, habas, lenteja, garbanzo, frijoles son alimentos fuente de energía gracias a los carbohidratos que contiene. En promedio 100 gramos de menestra aporta 300 calorías una porción suficiente en el plato va de $\frac{1}{2}$ taza a $\frac{3}{4}$ de taza de menestra cocida. Contienen en promedio 18 a 21% de proteína y a pesar que estas pueden reemplazar a las proteínas de origen animal, éstas no son iguales. La proteína de las carnes, huevo o leche son completas mientras que la de la menestra, aún cuando las concentraciones son elevadas, requiere de otro alimento para ser completa o de alto valor biológico. Contienen poca grasa salvo algunas

leguminosas como el tarwi, soya, ajonjolí y el maní que son ricas en grasa poliinsaturada. Las menestras se pueden consumir con vegetales en ensalada, con cereales o tubérculos o incluso con proteínas de origen animal como huevo, queso, pescado. Las menestras en general son fuente de proteína vegetal, carbohidratos complejos que aportan energía, fibra, vitaminas del complejo B y minerales como el zinc, calcio, hierro, magnesio, fósforo.⁶⁴

Estos alimentos tienen una buena cantidad de proteínas son una buena alternativa: sin embargo, su valor biológico no es como las proteínas que contienen los alimentos de origen animal.

La Organización para la Alimentación y la Agricultura de las Naciones Unidas, refiere que las menestras son una gran fuente de proteína vegetal, lo cual es una ventaja respecto a la de las carnes, pues vienen desprovistas de grasas saturadas y colesterol, aunque su contenido proteico en algunos casos es menor, combinados con otros alimentos (por ejemplo con cereales) refuerza su poder nutricional, además contiene minerales, especialmente hierro que proporciona mucha energía, ayuda a combatir problemas como debilidad, anemia, también estimulan la reproducción y regeneración celular por ello, para las embarazadas y los niños, quienes están en desarrollo constante, consumirlas es fundamental, así mismo contiene cantidades elevadas de hidratos de carbono, lo cual es importante pues proporciona mucha energía, los frijoles, lentejas y garbanzos las contienen en grandes cantidades, a su vez proporcionan la sensación de saciedad, tienen la propiedad de regular el paso del azúcar en la sangre, por eso, los que sufren de diabetes pueden consumirlas sin temor. El consumo recomendado es una taza dos veces por semana.⁶⁵

En el adulto mayor el consumo de menestras debe ser de 2 raciones al día, ya que son platos muy saludables y que están integrados por una gran variedad de hortalizas y verduras. Esto hace que el plato este lleno de vitaminas y proteínas de un excelente nivel y una gran cantidad de sustancias antioxidantes.⁶⁶

f. Consumo de productos lácteos

El grupo de los lácteos (también productos lácteos, lácticos o derivados lácteos) incluye alimentos como la leche y sus derivados procesados (generalmente fermentados). Las plantas industriales que producen estos alimentos pertenecen a la

industria láctea y se caracterizan por la manipulación de un producto altamente perecedero. La leche empleada mayoritariamente en la elaboración de los lácteos procede de la vaca (en concreto de la raza Holstein), aunque también puede consumirse leche procedente de otros mamíferos tales como la cabra o la oveja y, en algunos países, búfalo, camello, la yak, la yegua, y otros animales.

Gran parte de los lácteos provienen del procesado de la leche de la vaca que está compuesta principalmente de agua con un contenido aproximado de 4,8% de lactosa, 3,2% de proteínas, 3,7% de grasas y un 0,19% de contenido no proteínico, así como un 0,7% de cenizas.

El contenido de colesterol en los productos lácteos está directamente relacionado con la concentración de ácidos grasos, de esta forma en la mantequilla con un contenido cercano al 80% existen unos 200 mg de colesterol por cada 100 gramos de producto (esta es la razón por la que es aconsejable ingerirla sólo en pequeñas cantidades). El principal carbohidrato en la leche es la lactosa (en una proporción del 5%).⁶⁷

El consumo diario de calcio debe ser como mínimo 400 mg que equivale a un vaso de leche, los efectos beneficiosos se atribuyen a las cantidades que suelen recomendar de tres a cuatro raciones diarias de productos lácteos (un yogurt y un trozo de queso proporciona el calcio que la mayoría de las personas necesitan), en cualquier caso afirman que el consumo de calcio es bueno para la presión sanguínea. Sin embargo, los adultos deben de consumir productos lácteos bajos en grasa, como la leche y los yogures desgrasados, lo que les ayudará a mantener bajo el consumo de grasas saturadas y a proteger el corazón.⁶⁸

La OMS, recomienda consumir 2 raciones de lácteos diarias para el adulto y llevar una dieta rica en lácteos pero no excesiva, porque el consumo diario de estos, incrementara la probabilidad de cursar hipercolesterolemia.⁶⁹

En el adulto mayor el consumo de lácteos; leche, yogurt y queso bajo en grasa debe ser de 3 raciones diarias. Se pueden tomar leches enriquecidas en calcio para aumentar el aporte de este mineral.⁷⁰

g. Consumo de huevos

La OMS, afirma que el huevo es un alimento muy completo porque aporta proteínas, hierro, vitaminas A, D, E, B1 y B2 y al ser un alimento rico en colesterol, hay que moderar su consumo. Se recomienda consumir de 3 a 4 huevos a la semana se debe delimitar su consumo en personas que presentan alteraciones en el hígado. No es que sea malo para el hígado, pero al estimular la vesícula biliar puede provocar cólicos, por lo que algunos enfermos de afecciones hepáticas no lo toleran”, personas alérgicas, las que sufran arterioesclerosis y las que tengan niveles altos de colesterol en sangre.⁷¹

En el adulto mayor el consumo de huevos debe ser de 2 raciones al día, ya que es un alimento que aporta proteínas, hierro y vitaminas.⁷²

h. Consumo de verduras

Las verduras poseen un bajo contenido de proteína y de grasa, poseen bajo contenido calórico: desde 20 kcal/100 g de los espárragos hasta 60 kcal/100g de las habas. Las vitaminas (generalmente A y C) y minerales, y la fibra (celulosa, hemicelulosa y lignina), el 80 % restante es agua, poseen cantidades de calcio entre 50-150 mg/100g (acelgas, lechuga, espinacas); la mayoría de los vegetales contienen mucho potasio y poco sodio.

Las verduras son muy saludables, porque aportan muchos micronutrientes que actúan sinérgicamente como antioxidantes y protegen de varias enfermedades crónicas, tanto cardiovasculares, como del cáncer (cáncer de próstata, cáncer de colon) e igualmente ayudan a mantener la salud de tejidos como piel y mucosas del cuerpo.

Las verduras se encuentran en el segundo nivel fundamental de la pirámide de los alimentos. Además de aportar micronutrientes, aportan hidratos de carbono de absorción lenta y fibra dietética. Deben ingerirse de cinco a seis porciones de verdura al día; una porción de verdura equivale a media taza de vegetales verdes cocinados, o un enlatado, o una patata, o una zanahoria.⁷³

Se debe de consumir diariamente al menos un buen plato de verduras frescas o mejor aún dos platos o una buena ensalada. Al cocer la fibra vegetal cambia su consistencia y pierde parte de sus propiedades, por lo que es conveniente ingerir una parte de los

vegetales de la dieta crudos porque al cocer la verdura, pierde gran parte de su vitamina C, de la que se necesita en grandes cantidades para evitar la oxidación de las lipoproteínas en la sangre.

La organización de las Naciones Unidas para la alimentación y agricultura, acerca de la dieta, la nutrición y la prevención de las enfermedades crónicas recomendó como objetivo poblacional el consumo de un mínimo de 400 g diarios de frutas y verduras con el fin de prevenir enfermedades crónicas tales como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes o la obesidad. En ese informe se afirma que hay pruebas convincentes de que las frutas y verduras reducen el riesgo de obesidad y enfermedades cardiovasculares y de que probablemente también reduzcan el riesgo de diabetes. El informe señala que los tubérculos como las papas y la yuca no deben incluirse entre las verduras.⁷⁴

En el adulto mayor el consumo de verduras debe ser de 2 raciones al día, una de ellas en forma de verdura cruda y la otra cocida o en puré.⁷⁵

i. Consumo de frutas

Las frutas son fuente de energía para el organismo por su alto contenido en fibra y antioxidantes, por lo tanto nos beneficiamos de todos sus nutrientes y vitaminas que esta posee.

El consumir frutas hidrata el organismo, ayuda al correcto funcionamiento del aparato digestivo, generalmente no aportan grasa, excepto en los frutos secos que son fuente de ácidos grasos esenciales para el organismo.

Como alimento, las frutas tienen propiedades alimenticias de interés para la salud humana. En general, son ricas en vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra. Aportan pocas calorías y un alto porcentaje de agua (entre 80 y 95 %). Existen frutas como la sandía o el melón que contienen un alto índice de agua. Además, la sandía aporta al organismo hasta un 20 % del agua que necesita.⁷⁶

Las frutas se convierten en uno de los alimentos más recomendados para la población debido a que aseguran los niveles adecuados de líquido en el organismo, evitando la deshidratación, ayudan al buen funcionamiento del aparato digestivo, aportan fibras, protegen los tejidos y las células de nuestro cuerpo. “La estrategia global de

alimentación saludable, vida activa y salud “, de la Organización Mundial y Panamericana de la salud (OMS/OPS) recomienda ingerir 400 gramos de frutas y verduras por día, lo que equivale a la ingesta de al menos 2 raciones de frutas y 3 de verdura, para prevenir enfermedades como cáncer, diabetes, afecciones cardiovasculares y males crónicos no transmisibles, además afirma que las frutas y verduras se convierten en los alimentos más recomendados de consumo para la población debido a que aseguran los niveles adecuados de líquido en el organismo que evitan la deshidratación, ayudan al buen funcionamiento del aparato digestivo, aportan fibras, protegen los tejidos y las células de nuestro cuerpo, también manifiesta que una ración de fruta equivale a 80 g, es decir, una pieza de fruta mediana (pera, manzana, naranja, plátano, etc.), una rodaja grande de melón, sandía o piña, o dos o tres piezas de ciruelas, mandarinas e higos, entre otros.⁷⁷

El consumo de frutas debe ser todos los días, de 2 a 4 porciones diariamente. Por lo general, es recomendado consumir entre 3 a 5 raciones de verduras y entre 2 a 4 frutas al día.⁷⁸

En el adulto mayor el consumo de frutas debe ser de 3 raciones al día, en zumo, macedonia, asadas, etc.⁷⁹

j. Consumo de agua

Es muy importante consumir una cantidad suficiente de agua cada día para el correcto funcionamiento de los procesos de asimilación, sobre todo, para los de eliminación de residuos del metabolismo celular. La cantidad de agua que ingresa al cuerpo diariamente debe ser aproximadamente igual a la cantidad de pérdida de agua, ingresa como agua o líquido bebido como resultado de la sed, como agua “escondida“ en los alimentos y como agua de oxidación producida durante los procesos metabólicos; un adulto consume 2 a 4% del peso corporal por día.

La OMS, refiere que se debe de tomar 6 a 8 vasos diariamente para estar sano. 8 vasos de 250 ml equivalen a 2 litros, aunque una proporción se obtiene a partir de los alimentos y la otra mitad se consigue bebiendo, se debe de tomar en ayunas y entre comidas, de preferencia una hora después de comer o media hora antes de comer.⁸⁰

En el adulto mayor el consumo de agua debe ser de 6 a 8 vasos diarios, para mantener un buen estado de hidratación.⁸¹

k. Consumo de grasas

Las grasas constituyen alrededor del 15 % del peso del cuerpo humano masculino y del 20 al 25 % del femenino, en personas que no sean obesas y que tampoco sean atletas de pesos ligeros o con gran desarrollo muscular, en cuyo caso el porcentaje suele disminuir por ambos sexos. Pero no todas las grasas son iguales ni su presencia en nuestra dieta debe ser la misma. Las grasas forman un conjunto de compuestos muy heterogéneo, si bien todas tienen en común que son insolubles en agua. Las de mayor importancia desde el punto de vista dietético y nutricional son los triglicéridos, los fosfolípidos y el colesterol. Además de ser una fuente de combustible energético para nuestro organismo (9 calorías por gramo), la grasa desempeña otras funciones importantes:

- Constituye una reserva muy importante de energía (tejido adiposo o graso).
- Colabora en la regulación de la temperatura corporal (grasa subcutánea que funciona como aislante térmico).
- Envuelve y protege órganos como corazón y riñones.
- Es vehículo de transporte de vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y facilita su absorción, forma parte de determinadas hormonas.
- Suministra ácidos grasos esenciales para nuestro organismo.
- Interviene en la buena palatabilidad de los alimentos.
- Impide que las proteínas sean empleadas como fuente de energía y cumple una función estructural, ya que forman parte de las membranas celulares. Hasta hace poco se creía que el exceso de colesterol en la dieta era el máximo responsable de una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares. Se ha demostrado que lo que en realidad importa es el total de grasa de la dieta y su calidad. En definitiva, no hay que prescindir de las grasas, sino consumir cada una de ellas en la proporción adecuada.

Hay dos tipos de grasas:

Saturadas:

Las grasas saturadas se caracterizan por tener todos los átomos de carbono unido de manera sencilla y formando cadenas bastante largas, además, todos los átomos de carbono están saturados de hidrogeno. Las grasas saturadas aumentan el colesterol en la sangre.

Este es el tipo de grasa más peligrosa. Una de sus características es que se mantiene dura aún cuando se encuentra a temperatura ambiente, es decir, las grasas saturadas sólo se derriten cuando se eleva la temperatura. Al cambiarles la temperatura, estas grasas se vuelven dañinas para el organismo. Las grasas provenientes de la carne, leche, productos lácteos, aceite de coco y palma y algunos productos de repostería son fuente de grasas saturadas.

Insaturadas:

Las grasas no saturadas, también llamadas insaturadas, son aquellas en las que los átomos de carbono se enlazan doblemente, además, no todos los átomos de carbono están saturados de hidrógeno. Estas grasas cumplen una función muy importante en la alimentación humana, pues algunas de ellas no pueden ser elaboradas por el organismo, siendo por tanto esenciales en la alimentación. Las grasas insaturadas se clasifican a su vez en grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas. Las grasas monoinsaturadas se forman cuando en el ácido graso faltan sólo un par de átomos de hidrógeno, en cambio las grasas poliinsaturadas se forman cuando en el ácido graso faltan varios pares de átomos de hidrógeno. Estas grasas poseen niveles muy bajos de colesterol. Se caracterizan externamente porque se mantienen en estado líquido a temperatura ambiente. El consumo de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas ayuda a disminuir el nivel de colesterol en la sangre, cuando sustituye a las grasas saturadas en la dieta. El aceite de oliva, los aceites vegetales, nueces y pescados son fuente de grasas poliinsaturadas. Las grasas monoinsaturadas están contenidas en el maní, aceite de oliva y aguacates. Se ha comprobado que el consumo de grasas monoinsaturadas prolonga el promedio de vida de la población. El colesterol es beneficioso para el organismo sólo cuando existe en cantidades adecuadas para cumplir sus funciones. Pero es sumamente dañino cuando sobrepasa su nivel normal, porque se almacena en el interior de las arterias y vasos sanguíneos, en forma de placas que se adhieren y van estrechándolas, haciendo cada vez más difícil el flujo de

sangre desde el corazón y hacia él. Aunque en algunos casos el exceso de colesterol en la sangre se debe a una deficiencia en el funcionamiento del hígado, generalmente este problema tiene como base el consumo inadecuado de alimentos que contienen estas sustancias en grandes proporciones.⁸²

Las grasas se dividen en cinco grandes grupos y cada uno actúa de un modo distinto en el cuerpo humano. Se clasifican en cinco alimentos típicos en los que predominan: aceite de oliva (grasas monoinsaturadas); aceite de girasol (poliinsaturadas omega-6); pescado (poliinsaturadas omega-3); carne de ternera (saturadas); y bollería industrial (grasas trans). Aunque todas ellas caben en una dieta equilibrada, las tres primeras (las insaturadas) se consideran grasas saludables, mientras que las dos últimas (las saturadas y las trans) son poco saludables y deben tomarse con moderación.

Las grasas son tan importantes que hasta un 30% de las calorías que ingerimos con la dieta deberían proceder de las grasas y de este 30% se aconseja que aproximadamente la mitad sean grasas monoinsaturadas, las que predominan en el aceite de oliva. Su principal virtud es que reducen el colesterol LDL (el malo) y elevan ligeramente el HDL (el bueno). El aceite de oliva aporta además vitamina E y otros antioxidantes. Las grasas características del pescado azul, las omega-3, son un auténtico regalo para la salud, especialmente para la salud cardiovascular. Se descubrió que los consumidores habituales de pescado tienen un riesgo de morir por una enfermedad cardíaca un 60% más bajo que las personas que casi nunca ingieren pescado; las omega-3 son beneficiosas frente algunas enfermedades inflamatorias y autoinmunes, sabemos que reducen la tendencia de la sangre a formar coágulos, por lo tanto, el riesgo de infarto, ya que no hay infartos sin coágulo. Respecto a las grasas saturadas, las que predominan en las carnes rojas, la recomendación básica es consumir menos por el exceso de grasas saturadas que es la causa número uno de los altos niveles de colesterol LDL (el malo); cuanto mayor es el consumo de grasas saturadas, mayor es el riesgo de infarto; el abuso de carnes rojas y grasas saturadas aumenta el riesgo de cáncer colorectal; y también es probable que aumente el riesgo de cánceres gástricos y de esófago.⁸³

La OMS, sugiere que las grasas deberían representar entre el 15% y el 30% de la ingesta energética diaria total y las grasas saturadas deberían constituir menos del 10% de ese total.⁸⁴

En el adulto mayor el consumo de aceites y grasas deben ser controlados, intentando evitar el consumo excesivo de fritos. El consumo de aceite de oliva debe ser de 3 a 5 raciones al día, es mejor tomarlo crudo y es preferible que sea virgen extra, y que también no se debe de superar los 60 g/día.⁸⁵

I. Consumo de azúcar

El consumo de azúcar es importante porque proporciona la energía que nuestro organismo necesita para el correcto funcionamiento de los diferentes órganos, entre ellos el cerebro y los músculos. Sólo nuestro cerebro utiliza el 20% del consumo de energía procedente de la glucosa, aunque también es necesaria como fuente de energía para todos los tejidos de nuestro organismo. Si los niveles de azúcar disminuyen, podemos empezar a sufrir ciertos trastornos como debilidad, temblores, torpeza mental e incluso desmayos provocados por la hipoglucemia. Por eso, es muy importante el consumo de azúcar en las comidas. Uno de los errores más habituales en materia de alimentación consiste en saltarse el desayuno, cuando en realidad se trata de la comida más importante del día.⁸⁶

Es necesario consumir diariamente azúcar, porque es beneficioso para nuestro organismo, solo aporta 4 calorías por gramo. La energía que proporciona el azúcar y la glucosa, son necesarias para el buen funcionamiento de nuestro cerebro, los ojos, el sistema nervioso, los músculos, los glóbulos rojos y nos dan la energía necesaria para afrontar nuestros quehaceres diarios. El azúcar refinado es letal para el hombre porque suministra únicamente lo que los nutricionistas describen como calorías vacías o desnudas porque carece de los minerales naturales presentes en el azúcar de caña.

El exceso de azúcar refinada pronto consigue que el hígado se inflame, así, cuando alcanza su máxima capacidad, el exceso de glucosa es devuelta a la sangre en forma de ácidos grasos que son transportados a cada parte del cuerpo y almacena en otras áreas del cuerpo: estomago, nalgas, pechos, caderas y tiene un notable efecto negativo sobre el funcionamiento del cerebro. Además “demasiada azúcar nos vuelve somnolientos y hace que perdamos nuestra capacidad de calcular y recordar.”⁸⁷

El MINSA, sugiere reducir el consumo de azúcares simples refinada o sustituirla por azúcares complejos que se encuentran en vegetales, frutas y otros porque contienen gran cantidad de vitaminas y minerales.⁸⁸

En el adulto mayor el consumo de azúcar debe de ser moderado, para así poder evitar problemas como Diabetes Mellitus, y que también se debe de consumir de preferencia el azúcar rubia.⁸⁹

m. Consumo de sal

El sodio se presenta de manera natural en la mayoría de los alimentos. La forma más común de sodio es el cloruro de sodio, que corresponde a la sal de cocina. La leche, las remolachas y el apio también contienen sodio en forma natural, como así también el agua potable, aunque la cantidad varía dependiendo de la fuente. La sal en el contenido del cuerpo humano es de 1,4g/kg y contiene minerales como cal, sodio, yodo, calcio, manganeso, magnesio, recomendado como equilibrante de los fluidos corporales, favorece la digestión, es buena para los hipotensos, pero el exceso de sal incrementa el riesgo de padecer Hipertensión Arterial, enfermedades cardiacas y accidentes cerebro-vasculares, para prevenir enfermedades se debe moderar utilizar estrategias para reducir el consumo como el uso de especias, hierbas aromáticas, ajos, cebolla, vinagre y jugo de limón.⁹⁰

La OMS, manifiesta sobre el régimen alimentario, la nutrición y la prevención de las enfermedades crónicas, recomiendan un consumo medio <5 g de sal al día (< de 2 g de sodio) para prevenir las enfermedades crónicas.⁹¹

MINSA, afirma que el excesivo consumo de sal es una de las causas de hipertensión arterial, siendo este el principal factor de enfermedades cardiovasculares a futuro, es por eso que se debe de consumir alimentos con poca sal <5g al día.⁹²

Una cucharadita de sal de cocina contiene 2,300 miligramos de sodio. Los adultos sanos deben limitar la ingesta de sodio a 2,300 mg (1 cucharadita) por día y los adultos mayores que sufran de hipertensión arterial no deben consumir más de 1,500 mg (2/3 de una cucharadita) por día.⁹³

Plan de alimentación saludable en forma diaria

Alimentos de consumo diario	Hombres con actividad ligera	Mujeres con actividad ligera	Alimentos de consumo diario en el adulto mayor
Lácteos (leche ,yogurt, queso)	3 tazas de leche o yogurt o 3 rebanadas de queso	4 tazas de leche o yogurt, 3 a 4 rebanadas de queso	2 tazas de leche 1 vaso de yogurt 25-30 mg de queso sin sal (todos estos alimentos se deben consumir 3 raciones diarias)
Pescado, aves	Un trozo mediano 2 a 3 veces por semana	Un trozo mediano 2 a 3 veces por semana	Pescado 1 onza; aves sin piel presa (todos estos alimentos se deben consumir 2 raciones al día)
Otras carnes (cordero, res ,alpaca, cerdo)	Un trozo mediano 1 vez por semana	Un trozo mediano 1 vez por semana	Carnes rojas y blancas 1 onza (Todos estos alimentos se deben consumir 2 raciones al día.)
Menestras	Una tasa :2 veces por semana	Una taza : 2 veces por semana	Menestras ½ taza (2 raciones diarias)
Verduras	2 platos crudos o cocidos	1-2 platos crudos o cocidos	Verduras: 4 onzas (2 raciones al día)
Frutas	3 unidades	2 unidades	Frutas :1 – 2 onzas(3 raciones al día)
Cereales ,pastas o papas cocidos	2 tazas	1 taza	Cereales: 1 taza(4 a 6 raciones al día)
Pan(100g)	2 a 3 unidades	1 a 2 unidades	Pan: 2 unidades medianas(4 a 6 raciones al día)
Aceite y otras grasas	Consumir en poca cantidad	Consumir en poca Cantidad	Aceite: Aceite maíz, girasol, soya, oliva. 2 cucharaditas (3 a 5 raciones al día)
Azúcar	Consumir en poca cantidad	Consumir en poca cantidad	Azúcar:3 cucharadas por día(el consumo de azúcar debe de ser moderado)
Agua	6 a 8 vasos	6 a 8 vasos	Agua: 6 – 8 vasos al día.
Sal	Una cucharadita colmada 5 gr	Una cucharadita colmada 5 gr	Sal: no deben consumir más de 1,500 mg (2/3 de una cucharadita) por día
Aporte calórico aproximado	2500-2800	1700-2000	Aporte calórico Varones:2400 Kcal/día Mujeres:2000 Kcal/día

2.1.6.2. ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado periodo de tiempo, ya sea en su actividad laboral y en sus momentos de ocio, que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo basal, se considera a la actividad física como una solución para combatir el cansancio, el aburrimiento, etc. La actividad física es un componente variable del gasto energético y está bajo control voluntario, su práctica adecuada y regular a través del acondicionamiento físico es parte integral de cualquier plan para asegurar a las personas una vida saludable. La inactividad física puede afectar la salud mediante diversos mecanismos, se ha demostrado su asociación con problemas de salud, que incluyen: obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión, apoplejía, osteoporosis, cáncer de colon y mortalidad por causas múltiples.⁹⁴

La OMS, ratifica que realizar actividad física de forma regular es uno de los principales componentes en la prevención del creciente aumento de enfermedades crónicas. Sin embargo, el 60% de la población en el mundo no llega a la recomendación mínima de realizar actividad física moderada durante 30 minutos al día (caminatas, trotes, actividades aeróbicas, etc.). Por lo tanto la inactividad física se ha relacionado con numerosos problemas de salud, desde las enfermedades cardiovasculares (angina de pecho, infarto agudo de miocardio, Hipertensión Arterial, Trombosis o Embolias cerebrales, problemas circulatorios, etc.) hasta diversos tipos de cáncer (colon, mama, etc.), pasando por problemas osteoarticulares (osteoporosis, artrosis), problemas endocrino-metabólicos (diabetes, sobrepeso-obesidad, dislipemias), problemas psicológicos (depresión, ansiedad, angustia, estrés) y ginecológicos. En este sentido el auge del sedentarismo que se viene produciendo en las sociedades un verdadero problema para la salud pública. Los avances tecnológicos de este siglo conllevan a un menor esfuerzo físico en la vida cotidiana (los medios de transporte) han generado problemas físicos a lo largo de su vida, lo que ha supuesto graves repercusiones para la salud.

Las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial, suponen un enorme costo económico provocadas por la inactividad, actualmente, se sabe que los gastos médicos de las personas activas son más bajos que de las personas inactivas.⁹⁵

1 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física contribuye a mejorarla calidad de la vida a través de los beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales. En las conclusiones de la reunión de junio del 2013 de la comisión Europea.

Se concluyó que la actividad física es uno de los factores que influyen de manera más efectiva en la salud física y mental. Por ello muchos de los estados miembros de la Unión Europea ha promovido estrategias específicas para fomentar la actividad física entre su población como medida política de prevención del sobrepeso y la obesidad y de todas las enfermedades derivadas de esta.

Los beneficios específicos de la actividad física pueden ser fijados en:

Mejorar la capacidad funcional y reducir la fatiga en las actividades de la vida diaria, disminuir enfermedades cardiovasculares como la Hipertensión, mejorar la capacidad funcional, disminuir el colesterol y mejorar la tolerancia a la glucosa, evitar las pérdidas de masa ósea (Osteoporosis), estimular la motilidad del colón y prevenir el estreñimiento, ayudar a mantener el equilibrio físico y psíquico, disminuyendo el insomnio, la ansiedad, la depresión y favoreciendo el desarrollo social, especialmente en jóvenes.

Son innumerables los beneficios que supone la realización de actividad física a cualquier edad, en el sistema cardiocirculatorio incluyen:

Menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Disminuye la frecuencia cardiaca en reposo y aumenta la cantidad de sangre que expulsa el corazón en cada latido, de esta manera la eficiencia cardiaca es menor, ya que gasta menos energía para trabajar.

Estimula la circulación dentro del musculo cardiaco y así favorece el funcionamiento del corazón.

Disminuye las resistencias de los vasos periféricos.

Contribuye a reducir la Hipertensión Arterial.

Aumenta la circulación en todos los músculos.

Disminuye la formación de coágulos dentro de las arterias con los que se proviene la aparición de infartos y trombosis cerebrales.

Mejora la circulación venosa y previene las varices.

Aumenta la capacidad de aprovechamiento del oxígeno.

Los beneficios para otros sistemas del organismo incluyen (Comisión Europea, 2008).⁹⁶

Aumenta el consumo de grasas durante la actividad, con lo que contribuye a la pérdida de peso.

Mejora el perfil de los lípidos en sangre (reduce los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL).

Aumenta la actividad de las enzimas musculares.

Incrementa la secreción de diferentes hormonas que contribuyen a la mejoría de las funciones del organismo.

Mejora la respuesta inmunológica.

Mejora el funcionamiento de las articulaciones y fortalece los huesos.

Tonifica los músculos, incrementa su fuerza y aumenta su elasticidad.

Mejora la capacidad para conciliar el sueño.

Provee una manera sencilla para compartir actividades con amigos y familiares contribuyendo a mejorar aspectos sociales.

Aumenta la sensación de bienestar y disminuye el estrés porque se liberan endorfinas, sustancias del propio organismo, que favorecen el sentirse bien después del ejercicio.

Disminuye la ansiedad, la angustia, la depresión, la agresividad y la ira.

Previene los dolores y el deterioro muscular producidos por la edad.

Facilita los movimientos de la vida diaria.

Contribuye a una mayor independencia de las personas mayores.

2 TIPOS DE ACTIVIDAD FÍSICA

Dimensiones de actividades físicas moderadas

Caminatas: Las caminatas son una buena alternativa para muchas personas, sobre todo después de tiempos prolongados de inactividad. Se debe tener como meta realizar actividad física de moderada intensidad como las caminatas durante 20 a 30 minutos todos los días. Sin embargo para muchas personas esta frecuencia puede ser muy difícil de planificar. Es posible, entonces programar un ejercicio progresivo con tiempos e intensidades que se irán incrementando. Una de las formas de iniciar el programa consiste en la realización durante 3 veces por semana de planes de caminatas.

La progresión debe ser paulatina y puede tomarse como esquema general agregar cada semana dos minutos más, en forma intercalada, de caminata a nivel 4 o frecuencia cardíaca de 70 % a 80% y la máxima. A medida que se va tolerando más el esfuerzo, los periodos de caminata a este nivel se incrementan.

Es la forma básica de la actividad física y es altamente favorable desde el punto de vista cardiovascular porque repercute en forma positiva para mantener en niveles

normales la presión arterial, por ello es altamente recomendable para la salud. El ritmo debe ser rápido que el peso normal, con pasos largos y moviendo los brazos y al menos tres horas por semana.⁹⁷

En el adulto mayor las caminatas deben de ser de 30 minutos diarios, las caminatas ayudan a mejorar la capacidad respiratoria y cardíaca, aumentando las energías para desarrollar las tareas cotidianas, previenen y retardan la aparición de enfermedades asociadas al envejecimiento, tales como diabetes, cáncer al colon, enfermedades al corazón, accidentes vasculares y otros.⁹⁸

Baile: Es una actividad muy divertida y produce gastos energéticos que lo hacen un excelente ejercicio. El tipo de danza, como cualquier otro ejercicio, se debe adaptar a las características de cada persona, puede considerarse como un ejercicio de baja a moderada intensidad que, practicado en forma continua y durante tiempos similares a los descritos para las caminatas, tiene efectos beneficiosos para la salud fortaleciendo los huesos y los músculos, tonifican todo el cuerpo, mejora la postura, equilibrio, lo que a su vez puede evitar las caídas, aumentar la confianza en uno mismo y prevenir enfermedades como la diabetes, Hipertensión Arterial, enfermedad del corazón, osteoporosis y depresión.⁹⁹

En el adulto mayor el baile debe de ser de 30 minutos diarios; de igual manera que las caminatas este tipo de actividad física ayuda a mejorar la capacidad respiratoria y cardíaca, aumentando las energías para desarrollar las tareas cotidianas.¹⁰⁰

Subir o bajar escaleras: Durante 20 o 30 minutos, es beneficioso, se recomienda ir incorporando cada día un tramo de subida para que, paulatinamente suba las escaleras como parte de un estilo de vida saludable. Entre los beneficios de la práctica de la actividad física ayuda a fortalecer la resistencia principalmente cardiovascular y ayuda a incrementar la fuerza corporal.

En el adulto mayor el subir o bajar escaleras debe de ser de 30 minutos diarios, este tipo de ejercicio previene y retarda la aparición de enfermedades asociadas al envejecimiento, tales como diabetes, cáncer al colon, enfermedades al corazón, accidentes vasculares y otros, eleva la actividad del corazón y de respiración durante períodos prolongados de tiempo.¹⁰¹

Trotar: Es recomendable, desarrollarla con intensidad regulada y con paso constante durante al menos media hora y tres veces por semana. Dentro de los beneficios más importantes se traduce en que mejora la capacidad aeróbica, tonifica las piernas, alivia las contracciones, elimina tensiones y aumenta la elasticidad muscular.

El adulto debe caminar y trotar durante 30 minutos todos los días de la semana o por lo menos tres veces a la semana, porque es el tiempo necesario para adquirir los beneficios para el sistema cardiorespiratorio, la intensidad del ejercicio debe ser progresiva comenzando por actividades de baja intensidad hasta una de larga duración.¹⁰²

En el adulto mayor el trotar debe de ser de 30 minutos diarios, este ejercicio eleva la actividad del corazón y de respiración durante períodos prolongados de tiempo.¹⁰³

2.1.6.3. RECREACIÓN

La recreación es una actitud positiva del individuo hacia la vida en desarrollo de actividades para el tiempo, que le permiten trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biológico y social, que le dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida.

Actitud positiva; es una actitud que lleva al aprendizaje, logro de metas y realización personal.

Actividades para el tiempo; la recreación debe estar presente en todos los momentos de la vida.

El equilibrio biológico y social; mejora la calidad de vida a través de prácticas de recreación y descanso mediante hábitos cotidianos.

Considerando que la recreación ha sido, es y será una necesidad básica del ser humano que a través del tiempo se ha manifestado en diferentes formas, considerándose fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida del hombre. Cada ser humano en su edad y en su propio mundo necesita diariamente de la recreación para disfrutar de una vida plena y satisfactoria y es un medio no formal que establece claramente la relación de vivir para trabajar o trabajar para vivir. A través de actividades recreativas el individuo aprende haciendo sobre sus propias experiencias, despertando su creatividad, espontaneidad, originalidad e iniciativa.¹⁰⁴

La recreación por ello debe de ser intencional, las actividades que se programen para cada encuentro son intencionalmente planeadas y diseñadas identificando necesidades y resultados específicos para las personas y comunidades en salud, educación, desarrollo social, etc., cuyos efectos ayudan a la autorrealización, autoenriquecimiento, autoexpresión, regeneración o renovación de la identidad propia, sentimiento de realización, mejora de la imagen personal de cada uno, interacción social y sensación de pertenencia al grupo y los propios resultados

duraderos de la actividad como por ejemplo participar en reuniones sociales, eventos culturales, reuniones familiares y de amigos o ir de paseo con la familia, así como viajes turísticos. También suelen identificarse profundamente con las actividades que ha elegido. Como los eventos, conciertos, festivales, programas masivos, etc.

La recreación en el adulto mayor es una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez. La palabra recreación nos da la idea de crear nuevamente, motivar y establecerse nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. Se trata de mejorar la calidad de vida mediante un involucramiento en actividades estimulantes, creativas y de mucho significado. Entre las actividades de recreación que deben de realizar los adultos mayores están: asistir a cursos y talleres en centros jubilados, centros culturales, instituciones barriales, etc., compartir mas con la familia, asistir mas a reuniones con los amigos, viajar con la familia, asistir a cursos- taller, donde brinden conocimientos sobre técnicas de relajación como el yoga, taichí, entre otros.

El Baile es una buena alternativa de recreación, el cual ayuda a mantener y mejorar la actividad física y mental intacta, motiva a los adultos mayores a un nuevo encuentro con ellos mismos; los juegos de domino también es una actividad de recreación, que ayudan a mantener la actividad mental.¹⁰⁵

2.1.6.4. SUEÑO

Dormir es el acto de entrar en estado de reposo. El sueño es extremadamente importante para los seres humanos, una vez que dormimos, diversos procesos metabólicos importantes para el organismo ocurren. En síntesis, el sueño contribuye para nuestra salud física y psicológica. Uno de los beneficios del sueño es su contribución en la recuperación de la salud en casos de enfermedad ya que él ayuda en la regeneración celular y contribuye para el buen estado del sistema inmunológico. Especialistas afirman que disturbios del sueño pueden ser significativas barreras para la recuperación de enfermedades. Existen evidencias consistentes de la privación de sueño causa el aumento del riesgo de diabetes, Hipertensión Arterial, enfermedades cardiovasculares y obesidad. El sueño también contribuye para el bienestar mental y emocional. Personas que consiguen dormir bien poseen una mayor capacidad de concentración, autocontrol y realización de tareas personales y profesionales. Dormir poco altera negativamente la capacidad de concentración, aprendizaje, raciocinio lógico y memoria del individuo. Algunas teorías también afirman que el sueño también contribuye para el crecimiento cerebral y consolida la memoria. En relación a la cantidad de horas de sueño necesarias para un reposo adecuado, no existe un consenso entre los especialistas. Sin embargo, en gran medida de los casos, el ideal es en torno a siete horas. Dormir tiene un efecto importante en la vida diaria y funcionamiento, también afecta la

salud física y mental en muchas formas. Estos se puede probar fácilmente, cuando al recostarse sobre la almohada y no se duerme bien se despierta cansado sin energía y a veces de mal humor, y como consecuencia de esto, no se puede hacerlas cosas que normalmente se hace como trabajar, también cuesta concentrarse en cualquier cosa y no se está de humor para hablar con nadie o se molestan por cosas sin importancia. Por otro lado. Ninguna o casi ninguna de estas cosas suceden cuando se tiene una buena noche de sueño.

El número de horas que se necesitan para dormir depende de las características específicas de cada individuo (constitución, hábitos de vida, edad y género). Cuando una persona deja de dormir, el cuerpo inmediatamente empieza a notar los efectos de esta falta de descanso. Entre las 12 y 24 horas sin dormir se dan los primeros síntomas puramente subjetivos. Malestar corporal, irritabilidad y desanimo en el área afectiva, leves alteraciones de concentración y memoria en el área del rendimiento. Todo ello acompañado de un aumento claro de somnolencia. Cuando se pasa a periodos de 48 a 72 horas sin dormir pueden aparecer los primeros síntomas neurológicos blandos: Leves alteraciones en los reflejos (corporales y oculares), alteraciones en los tiempos de recreación, "nistagmus" (Movimiento involuntario e incontrolable de los ojos), unidas a un incremento exponencial de las somnolencias se acentúa la irritabilidad y el desánimo. Cuando el periodo de privación de las 72 horas, se observan las primeras alteraciones metabólicas: Hormonales, inmunológicas e hipotermia. Además aumenta la secreción de tres hormonas: catecolaminas. (Adrenalina, dopamina, noradrenalina), el cortisol y la insulina, con una disminución a la tolerancia de glucosa, por lo que no dormir hace más propensos a la diabetes. El sueño es un indicador de salud; una cantidad suficiente así como una calidad adecuada deben ser considerados elementos indispensables de un estilo de vida saludable del mismo modo que el ejercicio o la nutrición. Se, concluye que todavía hace falta investigar mucho más para comprender los mecanismos que enlazan sueño y salud para poder desarrollar un método más seguro y eficaz para tratar los trastornos del sueño.¹⁰⁶

1. Horas de sueño:

Depende de cada caso particular, aunque se desconoce con exactitud que exigencia de sueño tiene el organismo, los límites oscilan entre 6 a 8 horas, no todas las personas requieren la misma cantidad de horas para lograr un sueño reparador, influyen las características físicas y mentales de cada individuo, así como la edad.

Según la sociedad Española de Gerontología y Geriatria (SEGG), las horas de sueño de un adulto mayor son de 6 horas.

En el adulto mayor el sueño se hace más frágil, incluso en personas mayores que se mantienen saludables, sin embargo muestran menos estados de sueño profundo y se despiertan en la noche de 3 a 4 veces, los despertares están relacionados con un

menor período de tiempo empleado en el sueño profundo y factores como la necesidad de levantarse a orinar (nicturia), ansiedad e incomodidad y dolor asociado con enfermedades crónicas. En general, los pacientes ancianos tardan más tiempo en dormirse y despiertan con mayor facilidad, lo que les hace más proclives a que tomen una o más siestas diurnas. Por otro lado el sueño fisiológico del adulto se compone de cinco fases: “Las primeras cuatro se llaman de ondas lentas, pero particularizando encontramos que las fases 1 y 2 corresponden a sueño ligero (o inducción) y estabilización, respectivamente, en tanto que las 3 y 4 son la parte del sueño profundo, en las que el adulto mayor descansa y su cuerpo realmente se relaja. La quinta etapa corresponde a la de movimientos oculares rápidos (MOR) o sueño paradójico, llamada así porque los ojos se desplazan de manera rápida y horizontal, lo cual significa que la persona está soñando”. Diversos estudios muestran que la estructura del sueño cambia a lo largo de nuestra existencia. Es así que conforme el individuo envejece, la cantidad total de tiempo que se invierte en el sueño lento (fases 3 y 4) se reduce y, en consecuencia, aumenta el tiempo de sueño ligero (fases 1 y 2).¹⁰⁷

2. El insomnio:

Es la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, vigilia intermitente y despertarse en la madrugada, los episodios pueden aparecer y desaparecer, durar entre 2 y 3 semanas o ser duraderos. Las causas del insomnio son: demasiado estrés, ansiedad; demasiada cafeína (se encuentra en el café, el té, el chocolate y muchos refrescos)

El insomnio en el adulto mayor se da porque empieza a experimentar cambios en su rutina de vida como dejar de trabajar, permanecer más tiempo en casa, modificar horarios de comida y otros, no es raro que paulatinamente manifieste problemas en su calidad de sueño y que éste sufra algunos trastornos. Al dormir se realizan múltiples funciones fisiológicas, no sólo desde el punto de vista cerebral, sino también respiratorio, cardíaco y muscular, con el fin de conservarnos en buen estado y recuperarnos de las funciones realizadas durante el día. Así, las consecuencias de dormir mal son deficiente circulación sanguínea, bajo rendimiento en actividades desempeñadas a lo largo del día, mal humor y falta de concentración, lo que puede derivar en accidentes. En tanto en general, los pacientes ancianos tardan más tiempo en dormirse y despiertan con mayor facilidad, por lo que experimentan frecuentes despertares por la noche y a primera hora de la mañana, estos cambios pueden conllevar en el adulto mayor a tener insomnio, por lo cual se tendrá un menor nivel de alerta, cambios de humor y aumento del riesgo de caídas.

Entre los factores que influyen a que se produzca insomnio en el adulto mayor están: que duerman siestas durante el día, propensión a deprimirse, angustiarse,

preocuparse por hijos, nietos, etc., la situación económica del país o la propia, lo que irremediamente ocupará parte del tiempo asignado normalmente a dormir por la noche.¹⁰⁸

3. La falta de sueño:

La falta de sueño altera el rendimiento físico de las personas, su viveza mental y sus relaciones sociales y se relaciona con los problemas emocionales, como los sentimientos de tristeza y depresión. Además, el sueño ayuda a mantenerse sanos, a recuperar la energía perdida después de haber realizado actividades cotidianas.

4. Somnolencia diurna:

Es un síntoma que refleja una mala calidad de sueño nocturno; en algunas personas la somnolencia diurna se ha instaurado en sus vidas y después de padecerla durante mucho tiempo, se han acostumbrado y conviven con ella.

5. Sueño insuficiente:

Es un desorden que ocurre en un individuo quien en forma persistente no logra obtener la cantidad de sueño necesario para una normal etapa de vigilia. El sueño insuficiente se asocia con riesgo de adquirir la falta de sueño, enfermedades psiquiátricas y otros desordenes. Una persona que no ha dormido lo suficiente se observa irritada, aburrida, no tiene deseos de realizar las actividades diarias, el rendimiento físico disminuye, está menos concentrado mentalmente y como consecuencia hay alteración en las relaciones interpersonales.¹⁰⁹

2.1.7 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. EDAD:

La palabra edad proviene del latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Es el Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. En la edad adulta mayor hay deterioro en el estado físico, así como también muestran dificultades para realizarlas actividades cotidianas, tienen estadios de estrés, depresión. En esta etapa se dan varios cambios físicos, que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades, esto debido a la fragilidad de su organismo, porque no optan en

mantener una práctica de hábitos saludables para tener el envejecimiento con menos enfermedades crónicas.¹¹⁰

2. SEXO:

Es un conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres. El sexo con el que se nace es masculino o femenino en la especie humana; estas diferencias orgánicas reales, algunas evidentes a simple vista y otras no, son la base de la diferencia entre la conducta de las mujeres y los hombres. La complejidad de estas conductas va asociándose a lo socialmente esperado y así es como surgen las diferencias de género.¹¹¹

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Es el último año escolar cursado por la persona donde puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, aptitudinales, procedimentales.

El grado de instrucción corresponde con un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral o en una situación cotidiana entre dos amigos, puede incluso tener lugar en espacios jerárquicos o simplemente tener lugar de manera improvisada.¹¹²

4. PROCEDENCIA:

Es el origen, lugar donde una persona inicia su existencia, es de donde viene una persona. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.¹¹³

5. ENTORNO FAMILIAR:

El entorno familiar constituye un entorno eminentemente existencial, donde suelen ocurrir un gran número de experiencias que inducen vivencias íntimas y esenciales derivadas de la convivencia cotidiana con la familia, conceptos como apego, autoestima, resiliencia, valores, entre otros, son importantes porque están enraizados en la relación que se establece entre familia. El entorno familiar en el adulto mayor es muy importante ya que la adultez es una etapa de la vida que conlleva a necesidades e intereses como: el apoyo incondicional de la familia, como parte de la primera red de apoyo social. La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e

igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes que en este caso es el adulto mayor, proporcionando los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar del adulto mayor. La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo. Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos es señalada por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto. Finalmente se deduce que la familia tiene un papel importante en garantizar al anciano los recursos alimentos necesarios para una adecuada nutrición e higiene, la cual va a influenciar el devenir de un gran número de enfermedades y discapacidades.¹¹⁴

2.1.8 ADULTO MAYOR:

Según el MINSA, define al adulto mayor como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico a logrado una estructura corporal definida, biológicamente a concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras.¹¹⁵

El adulto mayor son quienes pertenecen al grupo etario de personas que tienen más de 60 años y que pasan por una etapa que se considera como última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad, usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o se jubilan, por lo que su nivel de ingreso decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud,

contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y participe de la sociedad.¹¹⁶

2.1.8.1 CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR POR EDADES:

Según la OMS, clasifica al adulto mayor de la siguiente manera: las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.¹¹⁷

2.1.8.2. CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA:

Según la OMS se clasifica de la siguiente manera:

Adulto mayor autónomo: Incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes.

Adulto mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: Este concepto indica situación de riesgo de dependencia pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica. Esta situación es determinada por la presencia de al menos 1 de los siguientes criterios: **a) criterios demográficos:** tener más de 80 años. **b) criterios clínicos :** presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poliarticular, artrosis, artritis, secuelas de fracturas; enfermedad neurológica degenerativa, demencia, enfermedad de Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia circulatoria de miembros inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial en la visión y/o audición, depresión); **c) criterios sociales:** vivir sólo, ser viudo, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación. **d) criterios sanitarios:** ingreso hospitalario reciente, automedicación.

Adulto mayor dependiente: Se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes...), en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional.¹¹⁸

2.1.8.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR:

En el adulto mayor la talla disminuye 5 mm por año a partir de los 50 años; este cambio es más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales. El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20% promedio. A continuación se muestran los cambios fisiológicos del adulto mayor por sistemas.

1. Sistemas sensoriales:

Visión: La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar entropion o ectropion. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos, produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.

Audición: En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.

Gusto y olfato: El gusto disminuye principalmente para lo dulce y lo salado, aumenta el umbral gustativo, para el ácido, el amargo permanecen igual, también en el olfato disminuye la capacidad de distinguir los olores.

Tacto: La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son: aparición de arrugas, manchas, flacidez, sequedad. Todos estos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

2. Sistemas orgánicos:

Sistema musculoesquelético: Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular. La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico-epidemiológicas. Hay disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa ósea, es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

Articulaciones: Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

Sistema cardiovascular: El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumenta el grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor. Este cambio, generado por hipertrofia de los miocitos, puede producir disminución de la distensibilidad miocárdica y un tiempo mayor de fase de relajación. Posteriormente se produce una disminución de la cantidad de miocitos por fenómenos aún no bien aclarados, dentro de los cuales se ha postulado a la apoptosis como mediador. Los cambios que se dan son: disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima, incompetencia valvular venosa, calcificaciones en las válvulas cardíacas, rigidez de las paredes venosas, depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio, aumento de la resistencia periférica, disminución del gasto cardíaco, deterioro de la microcirculación y las consecuencias de estos cambios hacen que haya dilatación y prominencia de la aorta, presencia de soplos cardíacos, predisposición a los eventos tromboembólicos, disminución en la capacidad de actividad física, insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas, trastorno de la microcirculación periférica.

Sistema respiratorio: Junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada, con aumento del diámetro anteroposterior del tórax, por lo que la distensibilidad de la caja torácica disminuye. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del pulmón, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO₂.

Sistema excretor: El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

Sistema digestivo: En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado. Los cambios que se dan son :

Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.

Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.

Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión.

Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.

Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y por tanto estreñimiento.

Vesícula e hígado: El hígado disminuye de tamaño, peso y el número de los hepatocitos, que condicionan modificaciones en el metabolismo de los fármacos y síntesis de proteínas. La bilis tiene un alto indexelitogenico predisponiendo a la formación de cálculos.

Sistema endocrino:

Pituitaria. Sólo hay tendencia a la formación de adenomas, la ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica, mientras que la renina

disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios.

Glucosa e Insulina. No hay disminución de la secreción pancreática de insulina, pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción, el ciclo de Krebs se encuentra preservado mientras que la vía de glicolisis anaeróbica se ve mucho menos activa. La secreción y efecto del glucagón están conservados.

Tiroides. Con los años el tiroides se vuelve más fibroso y nodular. Disminuye la secreción de T4 pero su depuración también disminuye hasta un 50%. Los niveles de TBG se mantienen constantes, la conversión de T4 a T3 se ve reducida mientras que la conversión reversa está incrementada. Con los años aumenta la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides.

Paratiroides. El nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio. Por otro lado, aunque la calcitonina disminuye su concentración, mantiene su actividad.

Suprarrenales. El envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata y disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización. Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.

Sistema nervioso:

Sistema Nervioso Central: Dentro de los cambios que se dan son: Atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años), disminución de los procesos dendríticos, reducción de la sustancia blanca, disminución de la velocidad de conducción, aumento del tiempo de respuesta reflejo y como consecuencia de estos cambios algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje, también puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance. Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos

mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

Sistema Nervioso Autónomo: Dentro de los cambios que se dan son: la disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además, existe disminución en el número de los receptores post sinápticos y como consecuencia de estos cambios se dan una disminución de la sensibilidad de los barorreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural, existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia, ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa, de enfermedades, existe disminución en la motilidad intestinal lo que puede producir constipación, puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

Sistema Génito-Urinario:

Los cambios que se dan en el adulto mayor en este sistema son: Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad, cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas, atrofia de la mucosa vaginal, laxitud de los músculos perineales, atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más) y como consecuencia de estos cambios se dan una falla en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio, disminución de la capacidad de excreción por el riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de éstos, dispareunia (dolor al coito) en la mujer, incontinencia urinaria, aumento de la susceptibilidad a las infecciones.

Piel:

Dentro de los cambios que se dan son: Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos, cambios pigmentarios. hiperqueratosis epidérmica, degeneración del colágeno y de las fibras elásticas, esclerosis arterial, reducción de la grasa subcutánea y como consecuencia de estos cambios en el adulto mayor la piel se les pone seca, arrugada, frágil y descolorida, el pelo cano y caída parcial o total del mismo, uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento, placas seboreicas, disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación, disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas, prurito, aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

Sistema Inmunológico: Disminuye la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo) y como consecuencia a este cambio hay un aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.¹¹⁹

2.1.8.4. CAMBIOS A NIVEL SEXUAL EN EL ADULTO MAYOR:

Los cambios que se dan son: En el hombre: la erección es lenta y con menor turgencia, hay pérdida de la erección con el orgasmo, disminución del volumen del esperma, eyaculación retrograda, disminución del placer. En la mujer: disminuye las hormonas sexuales circulantes, hay una menor lubricación vaginal, menos contracciones orgásmicas, rápido decreciendo postorgásmico.¹²⁰

2.1.8.5. CAMBIOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR:

1. CAMBIOS SOCIALES:

Los cambios se dan en el rol individual, como integrante de la familia, y cambios en el rol social (laborales y dentro de una comunidad).

Cambios en el rol individual. Dependerá de la capacidad y de la personalidad del adulto mayor para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuela (o), al perder a su pareja, al tener que abandonar su hogar, etc.). Por otro lado con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al adulto mayor en el cambio de roles de cuidado.

Cambios en el rol social. La jubilación es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.¹²¹

2. CAMBIOS PSICOLÓGICOS:

Durante la vejez acontecen una serie de factores interrelacionados que tienen una importante incidencia en los cambios psicológicos durante el envejecimiento como:

Modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y órganos de los sentidos.

Modificaciones en las funciones cognitivas.

Modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad.

Los cambios psicológicos pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiesta como de la persona que puede evaluarlos. Hay personas que viven con seria preocupación el declive de algunas funciones y otras que no lo valoran adecuadamente. En general con el envejecimiento existe un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores (nivel educativo, dedicación laboral, actividad física, etc.). En tanto se dan los siguientes cambios en el:

a) Procesado de la información. Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativa al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas que se detectan lo que incrementa la ansiedad.

b) Inteligencia. Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años.

Memoria. La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza a mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el adulto mayor.

Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.

Afectividad emocional. La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas.¹²²

2.1.8.6 NECESIDADES NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR:

Durante el proceso del envejecimiento, se producen una serie de cambios funcionales y de composición corporal en el individuo. Esto requiere unos cambios adaptativos en cuanto a los requerimientos energía y nutrientes, por lo que para mantener un buen estado de salud se necesitan unas pautas alimentarias con algunas

particularidades. La reducción del gasto energético se debe principalmente a la disminución de la actividad física y de la actividad metabólica de la masa muscular.

A continuación se detallan los aspectos nutricionales más importantes relacionados con esta etapa de la vida:

a) Energía:

En el envejecimiento, el metabolismo basal disminuye al igual que la actividad física y por ello, los requerimientos energéticos son menores. Esto implica que se debe prestar especial atención en la elección de los alimentos en la dieta y a la densidad nutricional de los mismos, para que de esta manera queden cubiertas todas las necesidades nutricionales y así se puedan evitar los déficits de nutrientes. Los requerimientos energéticos que se establecen para varones mayores de 60 años se aproximan a 2400 kcal y en mujeres a 2000 kcal. A partir de los 60 años de edad, estos requerimientos tienen una reducción del 10% cada decenio. Se debe considerar el tipo de actividad física y la intensidad de la misma a la hora de calcular los requerimientos calóricos. Cabe resaltar que las ingestas calóricas menores de 1500 kcal/día pueden no cubrir los requerimientos nutricionales en micronutrientes, por lo que es importante tenerlo en cuenta a la hora de establecer una dieta. El reparto calórico de macronutrientes para la población adulta se da de la siguiente manera:

- Los hidratos de carbono deben suponer entre 45-60 % de las calorías totales.
- Las proteínas deben suponer entre el 10 y el 15 % de las calorías totales.
- Las grasas deben suponer entre 20-35 % de las calorías totales.

b) Proteínas:

Aunque el gasto energético se encuentra disminuido, los requerimientos de proteínas de 0,8 a 1g /kg/día, se corresponden con los de la población adulta. Se aconseja que estas proteínas sean de alto valor biológico y que el 60 % de ellas sean de origen animal como: carnes, pescados, leche, y huevos; y el restante 40% sea de origen vegetal como: legumbres o los frutos secos. No obstante, la sarcopenia o pérdida de masa muscular es algo frecuente en ancianos, bien por la reducción de la actividad física, la ingesta insuficiente de proteínas o el descenso de las proteínas en el músculo. Dicha pérdida de masa muscular implica el deterioro funcional y la pérdida de autonomía en el individuo. Además, las infecciones o las enfermedades pueden generar estrés y esto implica un aumento en la ingesta de 1,2 a 1,5g/ kg/día de proteínas.

c) Grasas:

En los adultos mayores es frecuente el incremento del compartimento graso del organismo, a consecuencia de un alto consumo de alimentos ricos en calorías y la

menor actividad física que se realiza a partir de cierta edad. Entre los 75 y 80 años de edad, se produce un cambio en la distribución de la grasa y la proporción de esta empieza a disminuir. Es entonces cuando la grasa se acumula en el tronco y envuelve a las vísceras, se produce una disminución de grasa en el tejido subcutáneo y en las extremidades. Por ello, se debe fomentar el consumo de grasas saludables para prevenir enfermedades crónicas y el porcentaje no debe ser superior al 30 o 35 % del valor calórico de la dieta. Las grasas deben ser preferentemente insaturadas para evitar el déficit de ácidos grasos poliinsaturados, especialmente los omega-3.

d) Hidratos de Carbono:

Las dietas bajas en carbohidratos no son aconsejables en los adultos mayores, ya que pueden originar trastornos metabólicos considerables. Por ello, la ingesta de hidratos de carbono debe cubrir por lo menos el 45% de las calorías totales de la dieta. Es aconsejable el consumo de hidratos de carbono complejos y la reducción de los azúcares simples. Respecto a la fibra, es importante el consumo diario de alimentos ricos en fibra para que las funciones gastrointestinales funcionen correctamente y se eviten problemas como el estreñimiento.

e) Vitaminas y minerales:

Las personas mayores son más vulnerables a las deficiencias vitamínicas, bien por la ingesta insuficiente, por la disminución de los depósitos corporales o por el hecho de padecer alguna enfermedad que limite su absorción. Además, el consumo habitual de determinados fármacos puede acrecentar este déficit vitamínico. Los déficits más frecuentes de vitaminas que se han detectado hacen referencia a la vitamina C y las del grupo B, a causa de problemas digestivos que limitan su absorción o por la interacción de algunos fármacos. Los requerimientos de vitaminas son los mismos que para la población adulta, aunque puede ser necesario un incremento de vitamina D, vitamina B₁₂, B₆ ácido fólico, etc.

Respecto a los minerales, las recomendaciones son también semejantes a las de la población adulta, aunque hay que prestar especial atención a algunos minerales como el calcio y el hierro, por las posibles carencias en este grupo de población. En el caso del hierro, no suele existir déficit, pero sí una disminución en su absorción. Por ello, se recomienda un aporte de 10 mg/día en las personas mayores de 60 años de edad. Habitualmente, este grupo de edad presenta carencias de calcio y se aconseja un aporte de 1200 a 1400 mg/día para reducir el riesgo de osteoporosis. También es importante que la ingesta de sodio sea menor de 5g/día, para evitar que aumenten los valores de tensión arterial.

f) Agua:

El envejecimiento conlleva a una pérdida del agua corporal total, debido esencialmente a una disminución del componente de líquido extracelular y a la pérdida de músculo. Además, se le suman los cambios fisiológicos de los mecanismos que regulan la sed, la disfuncionalidad del riñón y una cierta predisposición al estreñimiento, por lo que las personas mayores son más susceptibles a sufrir deshidratación. A continuación se describen algunas pautas para evitar y mejorar el estado de hidratación:

Es importante asegurar una adecuada ingesta de agua en las personas mayores, por lo que se debe ingerir agua de manera regular para mantener el estado de hidratación.

Los requerimientos hídricos son los mismos que para la población adulta, de 2 litros al día que equivale a 8 vasos de agua de 250 ml, en condiciones ambientales normales.

Además del agua, también se pueden tomar infusiones, sopas, caldos, leche y otros alimentos que contengan un elevado contenido en agua.

Además, se pueden producir retenciones hídricas causadas principalmente por disfunciones renales y/o cardiovasculares. Es aconsejable disminuir la ingesta de sal, con la finalidad de evitar esta retención de líquido y prevenir la hipertensión arterial.¹²³

2.2 MARCO CONCEPTUAL:

Estilos de vida. Es una forma de vida que se basa en hábitos alimentarios, actividad física, recreación y sueño, que son patrones de comportamiento que tienen los adultos mayores.¹²⁴

Estilos de vida saludable: El estilo de vida saludable se percibe como “Los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr su desarrollo y su bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral”. Además, se entiende como: “Una forma de vida, con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelven.”¹²⁵

Estilos de vida poco saludable: Son hábitos, conductas o comportamientos inadecuados en el adulto mayor hipertenso que no favorecen a llevar un buen estado de bienestar físico, mental y social.¹²⁶

Estilos de vida nada saludable: Son hábitos, conductas o comportamientos deficientes en el adulto mayor hipertenso, que afectan en gran medida su salud ocasionándole enfermedades crónicas no transmisibles.¹²⁷

Hábitos alimentarios: son una serie de conductas y actitudes que tiene el adulto mayor hipertenso al momento de alimentarse y para ser considerados saludables deberían tener los requerimientos mínimos de nutrientes que aporten a su organismo la energía suficiente para el desarrollo de sus actividades diarias.¹²⁸

Numero de comidas: El número de comidas en el adulto mayores de 6 comidas durante todo el día, fundamentalmente en las personas mayores que muestran cierta inapetencia. Es importante que se cumplan estas comidas para lograr los requerimientos nutricionales que necesita un adulto mayor.¹²⁹

Frecuencia: El termino frecuencia proviene del latín “frequentia” y también permite hacer referencia a la cantidad de veces que un proceso periódico se repite por unidad de tiempo.¹³⁰

Trozo: Es un Pedazo de algo que se considera aparte del resto. Pedazo o parte de una cosa. En el adulto mayor un trozo es a 30 gramos.¹³¹

Consumo de carnes rojas: El consumo de carnes rojas es importante porque aportan principalmente proteínas de buen valor biológico (buena calidad, al presentar los 8 aminoácidos esenciales que necesitamos consumir en la dieta), vitaminas, principalmente del complejo B 12 muy importante para la regeneración de los glóbulos rojos y mejorar nuestro sistema inmune, y son la mejor fuente de hierro y zinc, tanto por su cantidad como por su alta biodisponibilidad. En el adulto mayor el consumo de carnes rojas es importante porque posee bastante proteínas que el adulto mayor requiere en su dieta .

Consumo de carnes blancas: Es importante el consumo de carnes blancas en el adulto mayor porque son fuente de proteínas de alta calidad rico en aminoácidos

esenciales y fácil de sintetizar en el organismo, además de contener grasas buenas compuestas por ácidos grasos mono y poliinsaturados, relacionados con un papel cardioprotector.

Consumo de glúcidos: En el adulto mayor el consumo de glúcidos: alimentos como el pan, la pasta o el arroz deben constituir la base de la alimentación y se recomienda También que el consumo de dulces industriales debe de ser moderado.¹³²

Consumo de cereales: Es importante el consumo de cereales en el adulto mayor por su principal fuente de hidratos de carbono complejos (almidón). El consumo abundante de cereales (especialmente la avena), tiene efectos beneficiosos sobre la diabetes, trastornos metabólicos y disminuye el riesgo de padecer cáncer.¹³³

Consumo de menestras: Es importante el consumo de menestras en el adulto mayor porque contienen en promedio de 18 a 21% de proteína, la cual es de suma importancia en el requerimiento nutricional del adulto mayor ya que ellos necesitan de esta fuente. Por otro lado las menestras son platos muy saludables ya que están integrados por una gran variedad de hortalizas y verduras. Esto hace que el plato este lleno de vitaminas y proteínas de un excelente nivel y una gran cantidad de sustancias antioxidantes.

Consumo de lácteos: Es importante el consumo de productos lácteos en el adulto mayor porque son fuente principal de calcio y proteínas. En el adulto mayor el consumo de lácteos; leche, yogurt y queso bajo en grasa debe ser de 3 raciones diarias.¹³⁴

Consumo de huevos: Su consumo en el adulto mayor es importante ya que el huevo es un alimento muy completo porque aporta proteínas, hierro, vitaminas A, D, E, B1 y B2 y al ser un alimento rico en colesterol, hay que moderar su consumo.¹³⁵

Cantidad: Proviene del latín “quantitas”, la cantidades la porción de una magnitud o un cierto número de unidades. Una cantidad en el adulto mayor es igual a 30 gramos.¹³⁶

Porción: Cantidad de un alimento, expresada en medidas que generalmente es consumida por una persona en una oportunidad. Una porción en el adulto mayor es igual a 30 gramos.¹³⁷

Consumo de verduras: El consumo de verduras es importante en el adulto mayor ya que son muy saludables y aportan muchos micronutrientes que actúan sinérgicamente como antioxidantes y protegen de varias enfermedades crónicas, tanto cardiovasculares, como del cáncer (cáncer de próstata, cáncer de colon) e igualmente ayudan a mantener la salud de tejidos como piel y mucosas del cuerpo. En el adulto mayor el consumo de verduras debe de ser de 2 formas una de verdura cruda y la otra cocida o en puré.¹³⁸

Consumo de frutas: Es importante que el adulto mayor consuma frutas porque hidrata el organismo, ayuda al correcto funcionamiento del aparato digestivo, generalmente no aportan grasa, excepto en los frutos secos que son fuente de ácidos grasos esenciales para el organismo, las frutas tienen propiedades alimenticias, son ricas en vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra.¹³⁹

Consumo de agua: El consumo de agua es muy importante en el adulto mayor para el correcto funcionamiento de los procesos de asimilación, sobre todo, para los de eliminación de residuos del metabolismo celular. La cantidad de agua que ingresa al cuerpo diariamente debe ser aproximadamente igual a la cantidad de pérdida de agua. El adulto mayor debe consumir de 6 a 8 vasos diarios de agua.¹⁴⁰

Consumo de grasas: En el adulto mayor el consumo de aceites y grasas deben ser controlados, intentando evitar el consumo excesivo de fritos. Es preferible que consuma aceite de oliva en sus comidas.¹⁴¹

Grasas Monosaturadas: Las grasas monosaturadas (AGMS) tienen un doble enlace. Entre las fuentes vegetales ricas se incluyen los aceites vegetales (aceite de canola, aceite de oliva, aceite de girasol y de cártamo altamente concentrados) que son líquidos a temperatura de ambiente y las nueces.

Grasas Poliinsaturadas: Las grasas poliinsaturadas (AGPI) tienen dos o más doble enlaces y pueden ser de dos tipos, según la posición del primer doble enlace.

Grasas saturadas: Las grasas saturadas, no tienen doble enlace principalmente provienen de productos de origen animal como las carnes y los productos lácteos. En general las grasas animales se solidifican a temperatura de ambiente.

Grasas trans: Son grasas insaturadas que contienen, por lo menos un doble enlace no conjugado en la configuración trans. Entre las fuentes encontramos los aceites vegetales hidrogenados o parcialmente hidrogenados que se utilizan para los alimentos horneados preparados a nivel comercial o con mantequilla, los bocadillos, los alimentos fritos y la margarina.¹⁴²

Consumo de azúcar: En el adulto mayor el consumo de azúcar debe de ser moderado, para así poder evitar problemas como Diabetes Mellitus, y que también se debe de consumir de preferencia el azúcar rubia.¹⁴³

Miel: El consumo de miel en el adulto mayor es importante ya que este producto es natural y por lo cual ayudará a mantener un nivel de azúcar en el organismo dentro de los niveles normales.¹⁴⁴

Consumo de sal: El consumo de sal en el adulto mayor debe de ser moderado ya que el excesivo consumo de sal es una de las causas de hipertensión arterial, siendo este el principal factor de enfermedades cardiovasculares a futuro, es por eso que deben de consumir alimentos con poca sal <5g al día.¹⁴⁵

Actividad física: Su importancia en el adulto mayores porque disminuye la frecuencia cardíaca en reposo y aumenta la cantidad de sangre que expulsa el corazón en cada latido, de esta manera la eficiencia cardíaca es menor, ya que gasta menos energía para trabajar en tanto es uno de los principales componentes en la prevención del creciente aumento de enfermedades crónicas. La actividad física es uno de los factores que influyen de manera más efectiva en la salud física y mental en el adulto mayor.¹⁴⁶

Caminata: Las caminatas son una buena alternativa para muchas personas, sobre todo después de tiempos prolongados de inactividad. En el adulto mayor las caminatas se deben realizar durante 30 minutos todos los días ya que ayudan a

mejorar la capacidad respiratoria y cardíaca, aumentando las energías para desarrollar las tareas cotidianas, previenen y retardan la aparición de enfermedades asociadas al envejecimiento, tales como diabetes, cáncer al colon, enfermedades al corazón, accidentes vasculares y otros.¹⁴⁷

Baile: Es una actividad muy divertida y produce gastos energéticos que lo hacen un excelente ejercicio. En el adulto mayor el baile debe de ser de 30 minutos diarios; de igual manera que las caminatas este tipo de actividad física ayuda a mejorar la capacidad respiratoria y cardíaca, aumentando las energías para desarrollar las tareas cotidianas.¹⁴⁸

Subir y bajar escaleras: Su importancia en el adulto mayor es que ayuda a fortalecer la resistencia principalmente cardiovascular y ayuda a incrementar la fuerza corporal. En el adulto mayor el subir o bajar escaleras debe ser realizado durante 30 minutos diarios.¹⁴⁹

Trotar: El trotar es una actividad que se debe desarrollar con intensidad regulada y con paso constante durante al menos media hora y tres veces por semana. Dentro de los beneficios más importantes se traduce en que mejora la capacidad aeróbica, tonifica las piernas, alivia las contracciones, elimina tensiones y aumenta la elasticidad muscular. El adulto mayor debe trotar durante 30 minutos diarios ya que este ejercicio eleva la actividad del corazón y de respiración durante períodos prolongados de tiempo.¹⁵⁰

Recreación: La recreación es una actitud positiva del individuo hacia la vida en desarrollo de actividades para el tiempo, que le permiten trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biológico y social, que le dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida. La recreación en el adulto mayor es una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez. Entre las actividades de recreación que deben de realizar los adultos mayores están: asistir a cursos y talleres en centros jubilados, centros culturales, instituciones barriales, etc., compartir mas con la familia, asistir mas a reuniones con los amigos, viajar con la familia, asistir a cursos-taller, donde brinden conocimientos sobre técnicas de relajación como el yoga, taichí, entre otros.¹⁵¹

Sueño: Dormir es el acto de entrar en estado de reposo. El sueño es extremadamente importante para los seres humanos, una vez que dormimos,

diversos procesos metabólicos importantes para el organismo ocurren. En síntesis, el sueño contribuye para nuestra salud física y psicológica. Uno de los beneficios del sueño es su contribución en la recuperación de la salud en casos de enfermedad ya que él ayuda en la regeneración celular y contribuye para el buen estado del sistema inmunológico. La privación del sueño causa el aumento del riesgo de diabetes, Hipertensión Arterial, enfermedades cardiovasculares y obesidad.¹⁵²

Horas de sueño: En el adulto mayor las horas de sueño son de 6 horas, el sueño es más frágil en ellos, sin embargo muestran menos estados de sueño profundo y se despiertan en la noche de 3 a 4 veces.¹⁵³

Insomnio: El insomnio en el adulto mayor se da porque empieza a experimentar cambios en su rutina de vida como dejar de trabajar, permanecer más tiempo en casa, modificar horarios de comida y otros, no es raro que paulatinamente manifieste problemas en su calidad de sueño y que éste sufra algunos trastornos.¹⁵⁴

Edad: La edad permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo en este caso el adulto mayor.¹⁵⁵

Sexo: Es un conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres. El sexo con el que se nace es masculino o femenino en la especie humana.¹⁵⁶

Grado de instrucción: Es el último año escolar cursado por una persona donde puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, aptitudinales, procedimentales.¹⁵⁷

Procedencia: Es el origen, lugar donde una persona inicia su existencia, es de donde viene una persona. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.¹⁵⁸

Entorno familiar: El entorno familiar en el adulto mayor es muy importante ya que la adultez es una etapa de la vida que conlleva a necesidades e intereses como: el apoyo incondicional de la familia, como parte de la primera red de apoyo social. La familia es una institución que cumple una importantísima función social como

transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes que en este caso es el adulto mayor, proporcionando los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar del adulto mayor.¹⁵⁹

Adulto mayor: El adulto mayor es aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico a logrado una estructura corporal definida, biológicamente a concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras.¹⁶⁰

Clasificación del adulto mayor: Se clasifica de la siguiente manera: las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.¹⁶¹

Necesidades nutricionales del adulto mayor: Durante el proceso del envejecimiento, se producen una serie de cambios funcionales y de composición corporal en el individuo. Esto requiere unos cambios adaptativos en cuanto a los requerimientos de energía y nutrientes, por lo que para mantener un buen estado de salud el adulto mayor necesita de energía, proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua en su alimentación.¹⁶²

CAPÍTULO III MÈTODO DE INVESTIGACIÒN

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÒN:

TIPO DE INVESTIGACIÒN: Según la naturaleza de los objetivos la presente investigación es de tipo descriptivo.

Descriptivo: En el presente estudio se utilizó el tipo de investigación descriptivo, el cual permitió describir y determinar la situación de los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa del servicio adulto mayor del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro.¹⁶³

DISEÑO DE INVESTIGACIÒN:

Transversal: El diseño que se utilizó en el presente estudio es transversal, porque se estudió las variables en un determinado momento, y haciendo un corte en el tiempo.¹⁶⁴

El diagrama es el siguiente:

n _____ o

Dónde:

n = Representa la muestra de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.

o = Representa los datos que se recolectaron respecto a los estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial.¹⁶⁵

3.1. en relación a la selección de la muestra:

La población y muestra fueron 40 adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del servicio adulto mayor del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro - 2014.¹⁶⁶

La selección de la muestra se realizó considerando los criterios de inclusión y exclusión: dentro de los criterios de inclusión tenemos: adultos mayores con hipertensión arterial inscritos en el programa del adulto mayor; orientados en tiempo, espacio y persona; adultos mayores de ambos sexos; adultos mayores que den su consentimiento informado a través de su firma. Dentro de los criterios de exclusión tenemos: Adultos mayores que aparte de estar diagnosticados con hipertensión arterial tienen otras enfermedades como: Diabetes mellitus, enfermedades gastrointestinales, entre otros.

3.2 en relación a las técnicas e instrumentos:

TÉCNICAS:

Para el presente proceso de investigación se aplicó la técnica de:

Encuesta: En el presente estudio para la recolección de datos se utilizó la encuesta, que consiste en obtener información de los sujetos de estudio proporcionados por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes y sugerencias, por la cual permitió recoger información con preguntas y respuestas formuladas por escrito, con el propósito de determinar los estilos de vida en los adultos mayores hipertensos que acuden al programa adulto mayor.

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO: En el presente estudio se utilizó el cuestionario, el cual es un método que utiliza un formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llena por sí mismo. Se utilizó este instrumento, porque permitió la facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos para este estudio, por su capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo bastante breve. Este instrumento estuvo debidamente estructurado con 33 preguntas y respuestas de alternativas múltiple. Dicho cuestionario fue elaborado por la investigadora en la cual se tomó principalmente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para formular los ítems y medir los estilos de vida.¹⁶⁷

Este cuestionario (ANEXO N° 3), consta de las siguientes partes:

Nombre de la universidad y de la facultad de donde procedió el estudio de investigación, la cual sirve como identificación del presente estudio.

El título de la investigación que sirvió como una identificación del tema que se está trabajando, para que así los participantes tenga pleno conocimiento.

La introducción que consta del saludo, agradecimiento y una breve explicación sobre el tema de estudio para la noción de los adultos mayores.

Las instrucciones de cómo marcar las respuestas en el instrumento, para lo cual se les pidió su absoluta sinceridad en la respuesta de cada uno de los ítems o preguntas.

El contenido de preguntas relacionadas con el tema de investigación, fueron clasificadas de la siguiente manera:

Hábitos alimentarios, 13 ítems.

Actividad física, 8 ítems.

Recreación, 8 ítems.

Sueño, 4 ítems.

En las dimensiones de recreación, sueño, se usó las siguientes alternativas:

Siempre: Si a la semana realiza esta actividad.

A veces: Si a la semana realiza 3 veces dicha actividad.

Nunca: Si no realiza esta actividad.

Para determinar los estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos mayores que acuden al programa del servicio adulto mayor del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro, se utilizó la escala nominal dándole valores como:

3 puntos: Equivalente a un comportamiento saludable.

2 puntos: Indica un comportamiento poco saludable.

1 punto: Cuando dicha conducta es nada saludable.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para validar el instrumento, se realizó la prueba piloto a 12 adultos mayores del programa adulto mayor del establecimiento de salud Habitat Humanity. El cuestionario fue de 33 preguntas cerradas que fueron respondidas, el tiempo de aplicación del cuestionario a los adultos mayores demoro 1 hora, sin ninguna modificación o replica por ser todas contestadas.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad, se obtuvo mediante el procedimiento de Alfa de Crombach. Obteniendo un puntaje de 0.86, lo cual nos indica que el instrumento es confiable.¹⁶⁸ (ANEXO N° 5)

3.3. en relación al análisis:

El análisis de la información se realizó haciendo uso de la estadística porcentual.¹⁶⁹

Porcentaje:

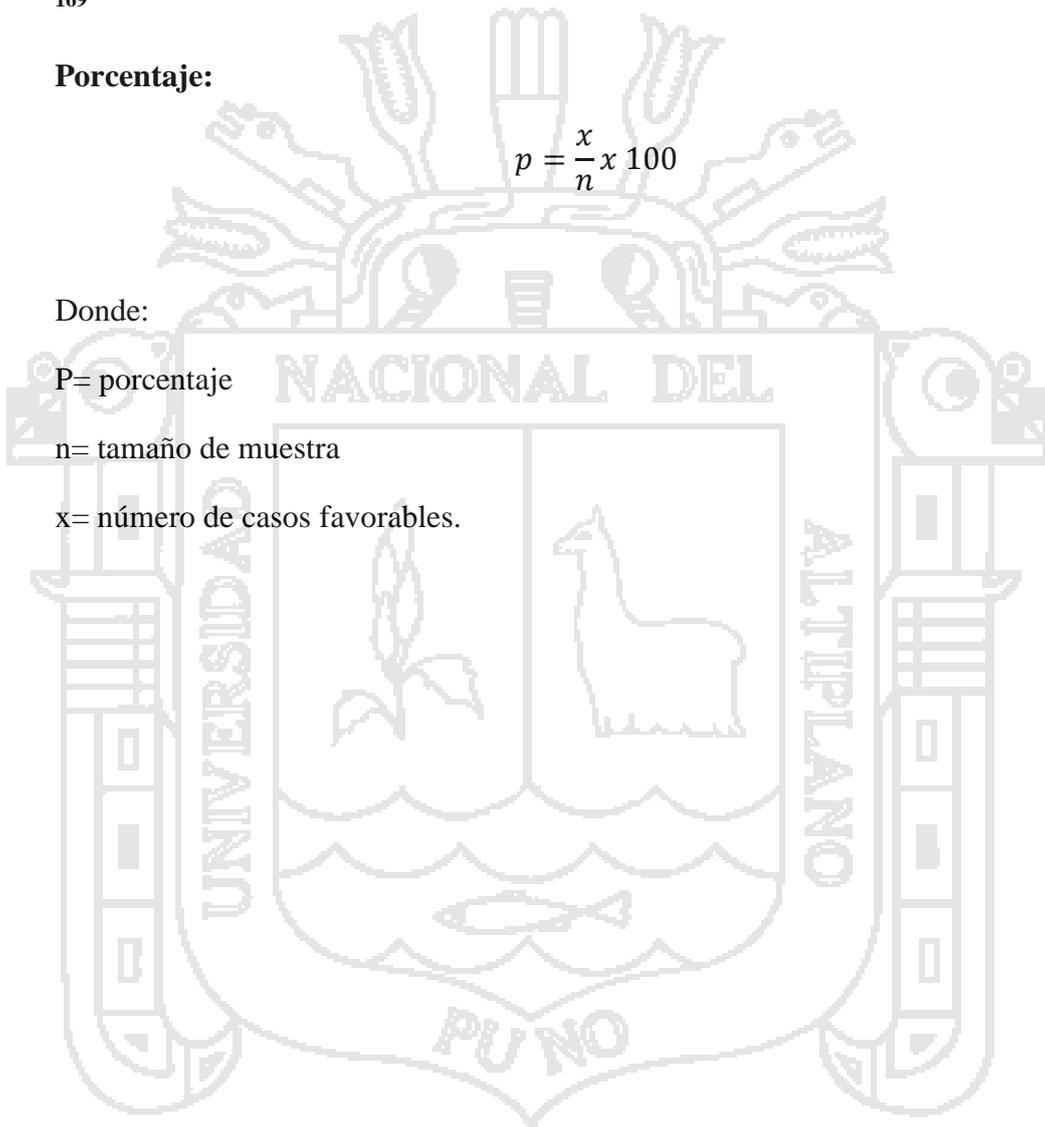
$$p = \frac{x}{n} \times 100$$

Donde:

P= porcentaje

n= tamaño de muestra

x= número de casos favorables.



CAPÍTULO IV CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en la provincia de Azángaro de la ciudad de Puno situada a 3859 msnm en la Meseta del Collao, al centro-norte del lago Titicaca de la ciudad de Puno. Específicamente en las instalaciones del consultorio externo del servicio adulto mayor, del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, que se encuentra ubicado en el jirón Bolognesi # 556 del Barrio Lisandro Luna.¹⁷⁰

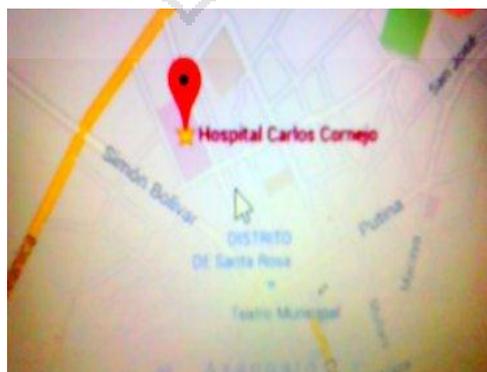
Dentro de las características de la población tenemos:

Características culturales: La manera de pensar de los adultos mayores es resultado de los años vividos en el que fueron enriqueciendo su conocimiento a través de los años de experiencia, sus costumbres de cada uno de ellos no es similar ya que no todos provienen del mismo pueblo o ciudad, la cultura que ellos tiene se ha dado de acuerdo a la enseñanzas en la familia y también por la sociedad.

Características económicas: Las condiciones económicas de cada adulto mayor es distinto ya que si bien es cierto el 50 % recibe pago de su pensión por jubilación, el cual no cubre todos sus gastos económicos de comida, salud y contando que muchos de ellos viven solos ya sea por razones de abandono familiar o por otras circunstancias. Por lo cual recurren al SIS (Seguro Integral de Salud) para que los ayuden a cubrir los gastos por salud.

Características sociales: Un buen porcentaje de los pacientes adultos mayores en estudio concluyeron con sus estudios hasta el nivel secundario completo.

Características demográficas: Los pacientes adultos mayores que se tomaran como población de estudio son de sexo masculino y femenino, un 50 % de pacientes adultos mayores viven solos, su nivel de instrucción del 70 % de los pacientes adultos mayores es de secundaria completa y el 30 % primaria completa, la mayoría de los pacientes adultos mayores en estudio viven en el pueblo su sustento económico es a través de la pensión que reciben por su jubilación.¹⁷¹



CAPÍTULO V EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. RESULTADOS:

OG

CUADRO N° 1

**ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL
CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDÓ, AZANGARO - 2014.**

ESTILOS DE VIDA	DE	SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%
EDAD	60 - 74	9	22.5	13	32.5	-	-
	75 - 90	4	10	14	35	-	-
	91 - +	-	-	-	-	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-
SEXO	Masculino	7	17.5	20	50	-	-
	Femenino	6	15	7	17.5	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	5	12.5	8	20	-	-
	Primaria	7	17.5	17	42.5	-	-
	Secundaria	1	2.5	2	5	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-
PROCEDENCIA	Rural	7	17.5	11	27.5	-	-
	Urbana	6	15	16	40	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	5	12.5	9	22.5	-	-
	Con esposo(a)	6	15	14	35	-	-
	Con hijo (a)	1	2.5	4	10	-	-
	Con nieto (a)	1	2.5	-	-	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCRV, Azángaro – 2014

Leyenda:

OG = Objetivo general

El cuadro número 1 muestra los resultados obtenidos del estudio “Estilos de vida del adulto mayor Hipertenso” :en la dimensión estilos de vida el 67.5% son poco saludables, de los cuales el 35% corresponde a las edades de 75 a 90 años, y con 32.5% entre las edades de 60 a 74 años; el 50% de ellos corresponde al sexo masculino, el 42.5% son de grado de instrucción primaria, el 40 % proceden del área urbana; el 35% viven en compañía de la esposa.

OE1

CUADRO N° 2

HABITOS ALIMENTARIOS COMO DIMENSION DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, PROCEDENCIA Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDÓ, AZANGARO – 2014.

Hábitos Alimentarios		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%
EDAD	60 - 74	10	25	12	30	-	-
	75 - 90	9	22.5	9	22.5	-	-
	91 - +	-	-	-	-	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-
SEXO	Masculino	15	37.5	12	30	-	-
	Femenino	4	10	9	22.5	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	6	15	7	17.5	-	-
	Primaria	12	30	12	30	-	-
	Secundaria	1	2.5	2	5	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-
PROCEDENCIA	Rural	9	22.5	9	22.5	-	-
	Urbana	10	25	12	30	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	8	20	6	15	-	-
	Con esposo(a)	9	22.5	11	27.5	-	-
	Con hijo (a)	2	5	3	7.5	-	-
	Con nieto (a)	-	-	1	2.5	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCRV, Azángaro -2014.

Leyenda:

Oe 1 = Objetivo específico 1.

El cuadro número 2 muestra los resultados obtenidos del estudio “Estilos de vida del adulto mayor Hipertenso”: en la dimensión hábitos alimentarios el 52.5% son poco saludables; con un 30 % en las edades de 60 a 74 años y el 22.5% en las edades de 75 a 90 años; el 30 % de ellos corresponde al sexo masculino y grado de instrucción primaria, proceden del área urbana respectivamente; el 27.5% viven en compañía de la esposa. Por estos resultados los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos son poco saludables en la dimensión hábitos alimentarios en un 52.5% y solo el 47.5% de la población estudiada es saludable.

OE2

CUADRO N° 3

ACTIVIDAD FÍSICA COMO DIMENSION DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, PROCEDENCIA Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDÓ, AZANGARO – 2014.

Física Características Personales		Actividad		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%		
EDAD	60 - 74	9	22.5	11	27.5	2	5		
	75 - 90	6	15	12	30	-	-		
	91 - +	-	-	-	-	-	-		
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5		
SEXO	Masculino	11	27.5	16	40	-	-		
	Femenino	4	10	7	17.5	2	5		
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	6	15	6	15	1	2.5		
	Primaria	7	17.5	16	40	1	2.5		
	Secundaria	2	5	1	2.5	-	-		
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-		
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5		
PROCEDENCIA	Rural	8	20	9	22.5	1	2.5		
	Urbana	7	17.5	14	35	1	2.5		
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5		
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	7	17.5	6	15	1	2.5		
	Con esposo(a)	7	17.5	12	30	1	2.5		
	Con hijo (a)	1	2.5	4	10	-	-		
	Con nieto (a)	-	-	1	2.5	-	-		
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5		

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCR, Azángaro – 2014.

Leyenda:

Oe 2 =Objetivo específico 2.

El cuadro número 3 muestra los resultados obtenidos del estudio “Estilos de vida del adulto mayor Hipertenso”: en la dimensión actividad física el 57.5% el hábito es poco saludable; de los cuales el 30 % corresponde a las edades de 75 a 90 años y 27.5% entre las edades de 60 a 74 años; el 40 % es de sexo masculino, con grado de instrucción primaria respectivamente, un 35% son procedentes del área urbana y que viven en compañía de su esposa en un 30%. En la categoría nada saludable el 5% corresponde a las edades entre 60 a 74 años, en un 2.5 % son de grado de instrucción primaria y analfabeto, cuya procedencia es rural y urbana, cuyo entorno familiar es que viven solo (a) y con esposo (a) respectivamente, el 5% corresponde al sexo femenino. Por estos resultados los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos son poco saludables en la dimensión actividad física en un 57.5%, el 5% su estilo de vida es nada saludable y solo el 37.5% de la población estudiada es saludable.

OE3

CUADRO N° 4

RECREACION COMO DIMENSION DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, PROCEDENCIA Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZANGARO – 2014.

Recreación		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%
Características Personales	EDAD						
	60 - 74	8	20	12	30	2	5
	75 - 90	2	5	13	32.5	3	7.5
	91 - +	-	-	-	-	-	-
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5
SEXO	Masculino	5	12.5	21	52.5	2	5
	Femenino	5	12.5	4	10	3	7.5
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	4	10	6	15	3	7.5
	Primaria	5	12.5	17	42.5	2	5
	Secundaria	1	2.5	2	5	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5
PROCEDENCIA	Rural	4	10	12	30	1	2.5
	Urbana	6	15	13	32.5	4	10
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	3	7.5	9	22.5	2	5
	Con esposo(a)	5	12.5	13	32.5	2	5
	Con hijo (a)	1	2.5	3	7.5	1	2.5
	Con nieto (a)	1	2.5	-	-	-	-
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCR, Azángaro - 2014

Leyenda:

Oe 3 = Objetivo específico 3.

El cuadro número 4 muestra los resultados obtenidos del estudio “Estilos de vida del adulto mayor Hipertenso”: en la dimensión recreación, el 62.5% el hábito es poco saludable; de los cuales el 32.5% corresponde a las edades de 75 a 90 años y 30% entre las edades de 60 a 74 años, el 52.5% es de sexo masculino, con grado de instrucción primaria en un 42.5%, un 32.5% son procedentes del área urbana y que viven en compañía de su esposa respectivamente. En la categoría nada saludable el 7.5% corresponde a las edades entre 75 a 90 años y el 5% corresponde a las edades de 60 a 74 años; en un 7.5% son de sexo femenino con grado de instrucción analfabeto respectivamente, cuya procedencia es urbana en un 10 %, en un 5 % viven solas y con esposo respectivamente. Por estos resultados los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos son poco saludables en la dimensión recreación en un 62.5%, el 12.5% su estilo de vida es nada saludable y solo el 25% de la población estudiada es saludable.

OE4

CUADRO N° 5

SUEÑO COMO DIMENSION DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, PROCEDENCIA Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZANGARO – 2014.

Características Personales		Sueño		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%		
EDAD	60 - 74	15	37.5	7	17.5	-	-	-	-
	75 - 90	15	37.5	3	7.5	-	-	-	-
	91 - +	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-	-	-
SEXO	Masculino	20	50	7	17.5	-	-	-	-
	Femenino	10	25	3	7.5	-	-	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-	-	-
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	9	22.5	4	10	-	-	-	-
	Primaria	19	47.5	5	12.5	-	-	-	-
	Secundaria	2	5	1	2.5	-	-	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-	-	-
PROCEDENCIA	Rural	14	35	4	10	-	-	-	-
	Urbana	16	40	6	15	-	-	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-	-	-
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	8	20	6	15	-	-	-	-
	Con esposo(a)	17	42.5	3	7.5	-	-	-	-
	Con hijo (a)	4	10	1	2.5	-	-	-	-
	Con nieto (a)	1	2.5	-	-	-	-	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-	-	-

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCR, Azángaro - 2014.

Leyenda:

Oe 4 = Objetivo específico 4.

El cuadro número 5 muestra los resultados obtenidos del estudio “Estilos de vida del adulto mayor Hipertenso”: en la dimensión sueño, el 25% el hábito es poco saludable; de los cuales el 17.5% corresponde a las edades de 60 a 74 años y 7.5% entre las edades de 75 a 90 años, el 17.5% es de sexo masculino, con grado de instrucción primaria en un 12.5%, un 15% son procedentes del área urbana y que viven solos respectivamente. Por estos resultados los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos son poco saludables en la dimensión sueño en un 25%, el 75% su estilo de vida es saludable.

5.2. DISCUSIÓN:

Los resultados del estudio, indican que los estilos de vida del adulto mayor hipertenso son poco saludables en especial en las dimensiones hábitos alimentarios, actividad física y recreación en un 67.5%; se está considerando solo el estilo poco saludable y nada saludable. Según las afirmaciones de la OMS esta define al estilo de vida saludable como los aspectos relacionados con el comportamiento individual, en especial en patrones de conducta sostenidos en un plazo relativamente largo y una serie de actividades, rutinas cotidianas como la nutrición, horas de descanso, ejercicio físico y recreación; frente a este postulado en la población estudiada se ha encontrado en las características nutricionales en el que se analizó los “hábitos alimentarios” de adultos mayores hipertensos quienes mostraron deficiencias en: consumo de carnes blancas el 70 % consumen de 1 a 2 veces cuando lo correcto es de 3 a más veces por semana; otro alimento que aporta proteína es el huevo cuyo consumo es de 3 a 4 veces por semana y en el estudio el 47.5% consumen de 1 a 2 veces; el consumo de carnes rojas es de 2 veces por semana sin embargo en el estudio el 17.5 % consumen de 3 a más veces; referente a alimento rico en calcio este debe ser consumido de 2 a más veces al día sin embargo el 50 % consume este producto solo 1 vez por día; con respecto a alimentos ricos en fibra como por ejemplo las verduras su consumo correcto debe ser de 3 a más porciones al día más sin embargo el 60 % consumen de 1 a 2 porciones al día; referente al consumo de frutas lo ideal es de 2 a más porciones al día, sin embargo el 45 % consume solo una porción al día; respecto a las menestras lo recomendable es 2 veces por semana, sin embargo el 27.5% consume solo 1 vez; con respecto a los cereales y legumbres lo ideal es a diario pero en el estudio el 22.5% lo consumen interdiario; en lo referente al consumo de vasos de agua por día lo ideal es de 6 a 8 vasos, sin embargo el 42.5 % solo consume de 3 a 5 vasos al día. Esta situación se refleja en mayores porcentajes en los adultos mayores entre las edades de 75 a 90 años y son de sexo masculino, cuyo grado de instrucción es primaria, procedentes del área urbana y viven en compañía de la esposa. Por estos hallazgos se califica a la población motivo del estudio como poco saludable en el rubro alimentación.

Referente a los estilos de vida del adulto mayor hipertenso, el presente estudio es semejante con el resultado de la investigación realizada por: Mamani (2012) en Tacna; donde el 67.5 % de los adultos mayores presentaban un estilo de vida poco saludable, y que solo el 32.5 % un estilo de vida saludable.

Otro estudio realizado por Pérez (2011), en Chimbote, también son semejantes a los resultados del presente estudio; Del 100 % de adultos mayores que participaron en el estudio, el 84.7 % presentaban un estilo de vida poco saludable, y que solo el 15.3 % un estilo de vida saludable.

Por otro lado los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con el resultado de la investigación realizado por: Arce (2010) en Ecuador; Del 100 % de adultos mayores que participaron en el estudio el 80 % de los adultos mayores presentaban estilos de vida saludable, y que solo el 10 % restante presentaban un estilo de vida poco saludable, lo cual refleja que más de la mitad llevan un estilo de vida saludable, situación que no se muestra en los resultados del presente estudio, de tal manera podemos concluir que esta diferencia de resultados se da porque son distintas las realidades de cada lugar donde se realizó estudios referentes a los estilos de vida, siendo de importancia resaltar que el grado de instrucción hace una gran diferencia en los resultados, porque mediante la educación que tiene cada adulto mayor va a tener la capacidad de tomar con más precisión y claridad la importancia de los estilos de vida, para llevar una mejor calidad de vida.

En otro estudio Flores (2007) en Ilave; Del 100 %, el 59 % de adultos mayores presentaban un estilo de vida saludable, y solo un 41 % con estilos de vida poco saludables.

Así mismo Reyes (2008) en Juliáca; Del 100 %, el 93 % presentaban estilos de vida saludable, y que solo el 7 % estilos de vida poco saludable. Por los dos últimos estudios citados podemos concluir que si se pone interés en los estilos de vida del adulto mayor por parte del profesional de enfermería y la familia, se puede mejorar la calidad de vida del adulto mayor para que ellos puedan llevar una vejez más plena y satisfactoria.

Los adultos mayores hipertensos en el presente estudio llevan un estilo de vida poco saludable, los cuales son comportamientos inadecuados que no favorecen a llevar un buen estado de bienestar físico, mental y social; sabiendo que muchas de las enfermedades producto del envejecimiento, se pueden prevenir si se llevan adecuados estilos de vida saludable, controlando los factores externos que dependen de las personas en este caso del adulto mayor como: llevar una dieta apropiada, realizar ejercicio periódico, y realizar actividades de recreación y dormir las horas adecuadas.

Para mejorar esta situación en el adulto mayor hipertenso se debe contar con el apoyo del municipio, enfermera encargada del servicio adulto mayor, la familia que es parte fundamental y del propio interés del adulto mayor, con el objetivo de mejorar los estilos de vida del adulto mayor hipertenso, esto se puede realizar a través de talleres brindando información y educación sanitaria sobre estilos de vida saludable, ya que la educación sanitaria es un aspecto importante, puesto que a través de ella se puede modificar conductas inadecuadas, fomentando comportamientos de una vida saludable y de esta manera mejorar la situación en salud del adulto mayor mediante una atención integral .

Con respecto a los hábitos alimentarios los datos obtenidos permiten comparar con trabajos similares como el realizado por Caluña (2011): el 54% consideró que una nutrición adecuada es de poca importancia y el 22% no es importante, el que fue calificado como poco saludable. Así mismo Arce (2010) concluye que el 10% de la población estudiada presentaron un estilo de vida poco saludable; Acosta (2012) concluye que el 91.3% de los adultos mayores su estilo de vida es poco saludable y con respecto al estado nutricional el 45.3% es poco saludable.

Por los resultados encontrados en el estudio, estos difieren al de Caluña en la muestra, porque este se realizó en población Adulto y Adulto Mayor, situación que no permite aseverar qué grupo etario específicamente está en el estilo de vida poco saludable, además el rubro alimento midió por su importancia; sin embargo, Arce y Acosta miden el rubro alimento a partir de quién lo prepara y desde el estado nutricional (normal, delgadez, sobre peso y obesidad) respectivamente, estos difieren en la modalidad de la medición de los estilos de vida, pero son semejantes en la calificación de sus resultados a los estilos de vida como poco saludables. Así mismo, es necesario enfatizar que esta población a pesar de ser su procedencia de zona urbana y vivir con esposa no tienen un buen estilo de vida en el rubro alimentación; por lo mismo es importante el grado de instrucción que comparando con otras ciudades en donde se realizaron estudios similares, los resultados son más alentadores.

Por las afirmaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2010), en el que refiere la relación entre alimentación y salud es cada vez más conocida, como muchas de las evidencias epidemiológicas asocian la dieta con la aparición y/o prevención de ciertas enfermedades tales como la hipertensión arterial, diabetes, colesterolemia entre otras enfermedades de orden metabólico. Por lo referido se afirma que un buen estilo de vida en el parámetro alimentación, más aún en el adulto mayor en el que su sistema inmunológico se deteriora mientras más edad tenga, es importante afirmar que este rubro alimentación debe ser tomado muy en cuenta, principalmente con los cuatro principales nutrientes (Proteínas, calcio, fibra y líquidos), los que no deben de faltar principalmente en la alimentación de éste grupo etario.

Respecto a la actividad física la OMS define como todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado periodo de tiempo, y esta contribuye en mejorar la capacidad funcional. Lo recomendable en el adulto mayor es realizar actividad física moderada durante 30 minutos al día; frente a este postulado en la población estudiada se ha encontrado que los adultos mayores hipertensos mostraron deficiencias en :duración de caminatas por día el 52.5 % de ellos solo realizan esta actividad de 20 a 30 minutos y el 15 % menos de 10 minutos por día, cuando lo ideal es de más de 30 minutos por día ; en subir y bajar escaleras el 37.5 % solo a veces realizan esta actividad y el 32.5 % nunca realizan esta actividad; con referente al baile el 27.5 % solo a veces realizan esta actividad y el 62.5 % nunca realizan esta actividad; en cuanto a la duración del trote por día lo

ideal es de más de 30 minutos por día mas sin embargo el 25 % solo realiza esta actividad de 20 a 30 minutos y el 65 % menos de 10 minutos; con respecto a la frecuencia del trote por semana lo ideal es de 3 a mas veces más sin embargo el 17.5 % solo realizan esta actividad 2 veces y el 72.5 % 1 vez por semana. Esta situación se refleja en mayores porcentajes en los adultos mayores entre las edades de 75 a 90 años, de sexo masculino, con grado de instrucción primaria, procedentes del área urbana y que viven en compañía de su esposa. Por estos hallazgos se califica a la población motivo del estudio como poco saludable en el rubro actividad física.

Por los resultados encontrados en el estudio, se encontró semejanzas en el rubro actividad física con el estudio de Caluña (2011): el 60% presentaron un estilo de vida poco saludable respecto a la actividad física; el estudio de Ojeda (2006): el 40.6% de adultos mayores tienen un estilo de vida poco saludable en el citado rubro; Arce (2010) el 44% de la población adulto mayor es poco saludable en su actividad física.

Los resultados hallados por los autores citados como es el caso de Caluña, los datos hallados por éste, difieren por poquísimos puntos al encontrado en el presente estudio y la diferencia con los resultados de Ojeda y Arce es en 17 y 13 puntos, por lo mismo la dimensión actividad física en la población adulto mayor refleja que este rubro importante en cualquier edad está siendo dejado de lado, restándole importancia, por lo que diversos autores consideran, que una actividad física frecuente se constituye en un factor protector para gozar de vida saludable. Es importante tomar en cuenta que la actividad física en el adulto mayor debe ser considerada como una prioridad y su práctica adecuada y regular es parte integral de cualquier plan para asegurar un estilo de vida saludable; los beneficios que brinda la actividad física son: mejora la capacidad funcional y reduce la fatiga en las actividades de la vida diaria, disminuye enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, mejora la respuesta inmunológica, la capacidad para conciliar el sueño, el funcionamiento de las articulaciones y fortalece los huesos, provee una manera sencilla para compartir actividades con amigos y familiares contribuyendo a mejorar aspectos sociales, disminuye la ansiedad, la angustia y la depresión; razón por la cual se debe de poner énfasis en este componente de estilos de vida, no sólo debe ser de interés de las enfermeras encargadas del adulto mayor, sino que también de su entorno familiar, de las autoridades como el municipio que tiene el deber de apoyar a que tenga una mejor calidad de vida para su población y así mismo realizar un trabajo conjunto con el establecimiento de salud para mejorar la calidad de atención de salud, ya sea con actividades que promuevan la práctica de actividad física en el adulto mayor.

Otro de los componentes de estilos de vida estudiados en el estudio es la recreación. Según Areiza, es una actitud positiva del individuo hacia la vida en desarrollo de actividades para el tiempo, que le permiten trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biológico y social, que le dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida; frente a este postulado en la población estudiada se ha encontrado en lo referente a la recreación que los adultos mayores hipertensos

mostraron faltas en: frecuencia de visitas a lugares turísticos locales el 35 % solo a veces realizan esta actividad y el 47.5 % nunca realiza esta actividad; referente a frecuencia de visitas a parques el 30 % solo a veces realiza esta actividad y el 57.5 % nunca realiza esta actividad; con respecto a la frecuencia en organización de paseos con amigos, familiares el 27.5 % solo a veces realiza esta actividad y el 50 % nunca realiza esta actividad; referente a la frecuencia de asistencia a reuniones sociales como: matrimonios el 20 % solo a veces asiste a reuniones y el 55 % nunca asiste. Esta situación se refleja en mayores porcentajes en los adultos mayores entre las edades de 75 a 90 años, de sexo masculino, con grado de instrucción primaria, procedentes del área urbana y que viven en compañía de su esposa. Por estos hallazgos se califica a la población motivo del estudio como poco saludable en este rubro. Por los datos obtenidos en el estudio, nos permite encontrar semejanzas con el estudio realizado por Arce (2010) en el que el 36% de la población estudiada resultaron con un estilo poco saludable, en este rubro el investigador considera por el resultado encontrado se constituye en un factor de riesgo para la salud mental de la población del estudio; sin embargo en el presente estudio los resultados en las categorías poco saludable y nada saludable ambos reflejan un 75% este resultado duplica los resultados de Arce, este dato llama a reflexionar que la población estudiada posiblemente esté camino de sufrir abandono por parte de los familiares más cercanos, y una característica de la vejez es la tendencia al aislamiento, lo que acelera la fragilidad mental de esta edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), refiere que el estilo de vida es un aspecto relacionado con el comportamiento individual, patrones de conducta y una serie de actividades como características nutricionales, horas de descanso, el ejercicio físico y la recreación. Según la Sociedad Española de Gerontología y Geriátrica (2013), afirma que la recreación en el adulto mayor es una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez. La palabra recreación nos da la idea de crear nuevamente, motivar y establecer nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida, es decir se trata de mejorar la calidad de vida, en especial en la tercera edad y programar actividades estimulantes, creativas y de mucho significado como por ejemplo: asistir a cursos, talleres en centros destinados para esta edad, centros culturales, instituciones en los barrios, etc. Que la familia participe con convicción, asistir a reuniones con amigos, viajar con la familia. Por estas afirmaciones los estilos de vida de la población del estudio y por los resultados obtenidos, se afirma que, la recreación en este grupo de edad se ha dejado de lado, restándole importancia, y si continua en ese estado la calidad de vida de esta población está en franco peligro en su salud mental.

Referente al sueño según Sholiz, afirma que dormir es el acto de entrar en estado de reposo. El sueño es extremadamente importante para los seres humanos, una vez que dormimos, diversos procesos metabólicos importantes para el organismo ocurren. La privación del sueño causa el aumento del riesgo de diabetes, Hipertensión Arterial, enfermedades cardiovasculares y obesidad: frente a esta afirmación, en la población

estudiada se ha encontrado en lo referente al sueño que los adultos mayores hipertensos: referente al número de horas que duerme el 60 % duerme de 6 a 8 horas, siendo el número de horas de sueño ideal en el adulto mayor; con respecto a la frecuencia de levantarse descansado el 42.5 % siempre descansa bien. Esta situación se refleja en mayores porcentajes en los adultos mayores entre las edades de 60 a 74 y 75 a 90 años, de sexo masculino, con grado de instrucción primaria, procedentes del área urbana y que viven en compañía de su esposa. Por estos hallazgos se califica a la población motivo del estudio como saludable en el rubro sueño. Sin embargo hay un porcentaje considerable de adultos mayores que llevan un estilo de vida poco saludable en este rubro. Los resultados obtenidos difieren con las siguientes investigaciones realizadas por Arce (2010), Caluña (2011), Acosta (2012), Mamani (2012), Pérez (2011), Ramos (2009); Porque no toman como dimensión de los estilos de vida al sueño, sin embargo se buscan los mismos objetivos el cual es determinar que estilos de vida conllevan a que los adultos mayores sigan desencadenando o desarrollando la hipertensión arterial, por tal motivo una parte importante de los estilos de vida es el sueño más aún en esta etapa de vida, ya que según la OPS (2011), los estilos de vida representan un conjunto de comportamientos, actividades, rutinas cotidianas o hábitos como : hábitos alimentarios, sueño, recreación y actividad física.

Tomando como referencia esta afirmación de la OPS (2011), el estilo de vida abarca todos estos componentes, los cuales son importantes para realizar un estudio sobre estilos de vida, que sea completo e integral, donde se determine de manera más concreta los objetivos en cada investigación y así obtener resultados más específicos tomando en cuenta las 4 dimensiones como hábitos alimentarios, sueño, recreación y actividad física, motivo por el cual el presente estudio difiere con las demás investigaciones citadas ya que en el presente estudio se está abarcando las 4 dimensiones de estilos de vida para brindar resultados más concretos y específicos en esta población adulto mayor. A pesar que en el presente estudio los adultos mayores llevan una vida saludable con referente al sueño, es importante resaltar que hay un porcentaje considerable de aquellos adultos mayores que presentan un estilo de vida poco saludable, por lo tanto el sueño es importante en el adulto mayor porque contribuye para el buen estado del sistema inmunológico, bienestar mental y emocional, en la regeneración celular, aumenta la capacidad de concentración, autocontrol, y realización de tareas personales. Cuando hay privación del sueño causa el aumento de riesgo de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad, las horas de sueño del adulto mayor deben de ser de 6 horas. Para mejorar esta situación en los estilos de vida con referente al sueño se debe brindar talleres con actividades en técnicas de relajación como el yoga, taichí, entre otros; talleres que brinden información y educación sanitaria sobre estilos de vida, que ayuden a mantener ocupado la mente del adulto mayor ya que si bien es cierto muchos de ellos viven solos y por tal razón se sienten deprimidos no concilian el sueño durante la noche. La familia es importante en este camino para mejorar esta situación, ya que los adultos mayores necesitan cuidado y apoyo por parte de ellos

siendo muchos de ellos dependientes y no solo por eso sino que también necesitan de mucho amor, afecto compañía que les ayude a llevar una vejez tranquila y por lo tanto que sirva de apoyo para que el adulto mayor lleve una mejor calidad de vida y una vida saludable en cuanto a los estilos de vida.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Los estilos de vida del adulto mayor hipertenso son poco saludables en especial en las dimensiones hábitos alimentarios, actividad física y recreación.

SEGUNDA: Los hábitos alimentarios son poco saludables, en la que predominan los de sexo masculino, entre las edades de 60 – 74 años, de grado de instrucción primaria, procedentes del área urbana, y que viven en compañía de su esposa.

TERCERA: La actividad física es poco saludable, en las edades de 75 – 90 años, en las que predominan el sexo masculino, grado de instrucción primaria, procedentes del área urbana y que viven en compañía de su esposa.

CUARTA: La recreación es poco saludable, en las edades de 75 – 90 años, en la que predominan los de sexo masculino, grado de instrucción primaria, procedentes del área urbana y que viven con su esposa.

QUINTA: La dimensión sueño se encuentra en la categoría saludable, en las edades de 60 – 74 y 75 – 90 años, donde predominan el sexo masculino, de grado de instrucción primaria, procedentes del área urbana, y que viven en compañía de su esposa. Sin embargo hay un porcentaje considerable de adultos mayores que llevan un estilo de vida poco saludable con referente al sueño.

RECOMENDACIONES

A LA ENFERMERA ENCARGADA DE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR:

A partir de los resultados obtenidos: Se recomienda a jefatura del servicio adulto mayor enfatizar actividades de promoción de salud con prioridad en estilos de vida saludable, con participación de la familia.

Que la educación sanitaria sobre hábitos alimentarios saludables sea permanente como una actividad programada en el cronograma anual.

Dentro de la conducción del programa de Adulto Mayor considerar de forma prioritaria actividades encaminadas al fomento de actividad física de forma permanente.

Realizar actividades de recreación como: viajes, concurso de bailes, cursos – taller donde brinden conocimientos sobre técnicas de relajación como el yoga, taichí, entre otros.

Todas estas actividades programadas deben de realizarse con el apoyo de la familia, ya que es parte fundamental para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

A LOS EGRESADOS DE ENFERMERÍA:

Realizar investigaciones de tipo analítico, comparativos, relacionadas al tema expuesto, considerando en la variable interviniente otros factores determinantes como ocupación, ingreso económico y de tal manera se obtenga resultados mucho más específicos, y de esa forma obtener propuestas orientadas a mejorar los estilos de vida de los adultos mayores.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Hospital CCRV-Azángaro. Libro de registro de pacientes adultos mayores inscritos en el servicio adulto mayor.
2. OMS. Estilos de vida. 2009. Disponible en: [\[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_201304es/\]](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_201304es/). Revisado el 3 de Agosto del 2014.
3. Navarro R. La nutrición: los estilos de vida saludable. 2007. Disponible en: [\[http://www.encolombia.com/medicina/guiasalimentarias/lanuricionenloestilosdevidasaludable.htm\]](http://www.encolombia.com/medicina/guiasalimentarias/lanuricionenloestilosdevidasaludable.htm). Revisado el 4 de Agosto del 2014.
4. Chambi E. Conceptos, guías, definiciones e importancia de la actividad física. 2008. Disponible en: [\[http://www.definicion.org/actividad\]](http://www.definicion.org/actividad). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
5. Areiza M. Impacto de la recreación en la construcción del proceso de la ciudadanía. 2008. Disponible en: [\[http://www.ilustrados.recreaciones.publicaciones.php\]](http://www.ilustrados.recreaciones.publicaciones.php). Revisado el 5 de agosto del 2014.
6. Sholiz M. Sueño y trastornos del sueño. 2012. Disponible en: [\[http://www.psicologia-online.com/psicologiageneral\]](http://www.psicologia-online.com/psicologiageneral). Revisado el 5 de agosto del 2014.
7. OMS. Estilos de vida saludable y consecuencias de un estilo de vida poco saludable. 2013. Disponible en: [\[http://jorgefrancomd.weebly.com/estilos-de-vida-saludables.html\]](http://jorgefrancomd.weebly.com/estilos-de-vida-saludables.html). Revisado el 2 de Setiembre del 2014.
8. OMS. Hipertensión arterial. 2013. Disponible en: [\[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_2013040\]](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_2013040). Revisado el 17 de abril del 2014.
9. Burgos M. Hipertensión arterial a nivel nacional. 2013. Disponible en: [\[http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf\]](http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf). Revisado el 17 de abril del 2014.
10. Gutiérrez F. Hipertensión arterial y estilos de vida a nivel regional. 2014. Disponible en: [\[http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf\]](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf). Revisado el 4 de Junio del 2014.
11. Larico Y. Situación de salud Puno-Azángaro. 2014. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/situacion-salud-puno-azangaro/situacion-salud-puno-azangaro.shtml>. Revisado el 4 de Junio del 2014.
12. Pineda E. Metodología de la investigación. 1994. Editado El 10 de Agosto de 1994. Facultad de enfermería. UNA_Puno.
13. OMS. Estilos de vida 2011. Disponible en:

- [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_130403]. Revisado el 3 de Agosto del 2014.
14. Fuentes V. Estilos de vida y hábitos alimentarios disponible en:
[<http://www.who.int/revistaconsumersentre/news/releases/2013/worldhealthday201>]. Revisado el 17 de abril del 2014.
 15. OMS. Reporte sobre obesidad: prevención con la actividad física.2009.Disponible en:
[<http://www.oms.org,medicina,salud.html>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
 16. SEGG. La importancia de las horas de sueño en el adulto mayor.2013.Disponible en:[<http://www.saludymedicinas.com.mx/centrosdesalud/horasdesueño/articulos/sueno-en-la-tercera-edad.html>].Revisado el 6 de julio del 2014.
 17. Areiza M. Impacto de la recreación en la construcción del proceso de la ciudadanía.2008.Disponible en:
[<http://www.ilustrados.recreaciones.publicaciones.php>].Revisado el 5 de agosto del 2014.
 18. OMS. Hipertensión arterial.2013.Disponible en:
[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130es/]. Revisado el 17 de abril del 2014.
 19. Arce T. Estilos de vida asociados a problemas crónico-degenerativos de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso-2010. Disponible en:
[<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0cbkqfjaa&url=http%3a%2f%2fdspace.ucuenca.edu.ec%2fbitstream%2f123456789%2f3633%2f1%2fenf57pdf&ei=esbju7jnknesat0hohocq&usg=afqjenh8upwiirftmzyuo9xk00nskmdxcq&bvm=bv.72676100,d.cwc>]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
 20. Caluña J. Estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los Subcentros de las parroquias San Pablo de Atenas y Balsapamba durante el periodo diciembre 2010 a marzo del 2011. Disponible en:
[<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0cbkqfjaa&url=http%3a%2f%2fwww.biblioteca.ueb.edu.ec%2fbitstream%2f15001%2f443%2f1%2ftesis%2520de%2520estilos%2520de%2520vida.pdf&ei=cdlju8q2iae satdydqdg&usg=afqjcebaqb5gvihpebak4krbukpcbbe2w&bvm=bv.72676100,d.cwc>]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
 21. Burgos M. Hipertensión arterial a nivel nacional.2013. Disponible en:
[http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf].Revisado el 17 de abril del 2014.
 22. Acosta A. Estilo de Vida y el Estado Nutricional del Adulto Mayor en el Pueblo joven Florida Baja, Chimbote 2012. Disponible en:
[<https://www.google.com.pe/?gferd=cr&ei=ob6lubxh8xh8aaquid4bq&gwsrd=ssl#q=tesis+sobre+ana+mar%c3%ada+acosta+ruiz+c3%adguez+n%c3%ba%c3%b1ez%c>]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
 23. Mamani G. Factores socioculturales que se relacionan con el estilo de vida del adulto mayor del club virgen de las mercedes, Tacna 2012. Disponible en:

- <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ccaqfjab&url=http%3a%2f%2ftesis.unjbg.edu.pe%3a8080%2fbtstream%2fhandle%2funjbg%2f181%2f662013mamaniquispegrfacsenfermeria2013resumen.pdf%3fsequence%3d2&ei=yptiu58mylsat80ih4dq&usg=afqjcngggvqaijferpqxfxtwqovxxrqcq&bvm=bv.72676100,d.cwc>]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
24. Pérez M. Estilos de vida y factores Biosocioculturales del adulto mayor del Asentamiento Humano José Olaya Cuncan - Casma, 2011. Disponible en: [<http://www.buenastareas.com/ensayos/Boleta-De-Venta/47172273.html>]. Revisado el 3 de Agosto del 2014.
25. Gutiérrez F. Hipertensión arterial y estilos de vida a nivel regional. 2014. Disponible en: [<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf>]. Revisado el 4 de Junio del 2014.
26. Larico Y. Situación de salud Puno-Azángaro. 2014. Disponible en: [<http://www.monografias.com/trabajos94/situacionsaludpunoazangaro/situacionsalud-puno-azangaro.shtml>]. Revisado el 4 de Junio del 2014.
27. Reyes L. Estilos de Vida asociado al Nivel de Conocimiento respecto de su enfermedad de las personas adultos mayores hipertensos atendidos en los consultorios externos del Hospital Carlos Monje Medrano Juliaca_2008. Disponible en: [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0cbkqfjaa&url=http%3a%2f%2fisisbib.unmsm.edu.pe%2fbibvirtualdata%2ftesis%2fsalud%2freyes_fukjkuv1k4j4yqsr7okybg&usg=afqjcngkp7jo7t9gm2acduyya1ult9akf w&bvm=bv.72676100,d.aww]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
28. Ramos Y. Estilos de vida y factores biosocioculturales de los pacientes adultos mayores que acuden a los consultorios externos del Hospital San Juan de Dios Ayaviri – 2009. Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?q=hospital+ayaviri+tesis+sobre+estilos+de+vida+saludable+en+ancianos&source=lnms&tbn=isch&sa=x&ei=s2bku4ynd4utyasaoyolanada&ved=ramos_auoaq&biw=1366&bih=753#q=hospital+de++ayaviri&tbn=isch&imgdii]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
29. Ojeda G. Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso. Chile. 2006. Disponible en: [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0cbkqfjaa&url=http%3a%2f%2fwww.facso.uchile.cl%2fobserva%2ftesis_barron.pdf&ei=3abiu9d0osresass0okgdg&usg=afqjcncfpcnaqh7d-mmjfxfakxfz_yvuhw]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
30. Arce T. Estilos de vida asociados a problemas crónico- degenerativos de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso- 2010. Disponible en: [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0cbkqfjaa&url=http%3a%2f%2fdspace.ucuenca.edu.ec%2fbtstream%2f123456789%2f3633%2f1%2fenf57pdf&ei=esbju7jnjknasat0hohocq&usg=afqjcnh8upwiirftmzyu_o9xk00nskmdxcq&bvm=bv.72676100,d.cwc]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
31. Caluña J. Estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los Subcentros de las parroquias San Pablo de Atenas y

- Balsapamba durante el periodo diciembre 2010 a marzo del 2011. Disponible en:
- [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0cbkqfjaa&url=http%3a%2f%2fwww.biblioteca.ueb.edu.ec%2fbitstream%2f15001%2f443%2f1%2ftesis%2520de%2520estilos%2520de%2520vida.pdf&ei=cdlju8q2ia_esatd_ydqdg&usg=afqjcnebaqb5gvihpebak4krbukpcbb_e2w&bvm=bv.72676100wc]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
32. Acosta A. Estilo de Vida y el Estado Nutricional del Adulto Mayor en el Pueblo joven Florida Baja, Chimbote 2012. Disponible en:
[<https://www.google.com.pe/?gferd=cr&ei=ob6lubxh8xh8aaquid4bq&gwsrd=ssl#q=tesis+sobre+ana+mar%c3%ada+acosta+ruiz+c3%adguez+n%c3%ba%c3%bl ez%c>]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
33. Mamani G. Factores socioculturales que se relacionan con el estilo de vida del adulto mayor del club virgen de las mercedes, Tacna 2012. Disponible en:
[http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ccaqfjab&url=http%3a%2f%2ftesis.unjbg.edu.pe%3a8080%2fbitstream%2fhandle%2funjbg%2f181%2f662013mamaniquispegrfacsenfermeria2013resumen.pdf%3fsequence%3d2&ei=yptiu5_8my_lsat80ih4dq&usg=afqjcnggvqaijferpqxifxtwqovxxrqc&bvm=bv.72676100,d.cwc]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
34. Pérez M. Estilos de vida y factores Biosocioculturales del adulto mayor del Asentamiento Humano José Olaya Cuncan-Casma, 2011. Disponible en:
[<http://www.buenastareas.com/ensayos/Boleta-De-Venta/47172273.html>]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
35. Flores S. Estilo de Vida y Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso que acude a los consultorios externos del Hospital Ilave-2007 Disponible en:
[http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0cd4qfjaf&url=http%3a%2f%2ftesis.pucp.edu.pe%2frepositorio%2fbitstream%2fhandle%2f123456789%2f94%2fflores_susan_.pdf%3fsequence%3d1&ei=pdrkuhij8lksqthm4kocq&usg=afqjcngvfxvxzfwgngqfr5ec4ychbob4aw&bvm=bv.72676100,d.cwc]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
36. Reyes L. Estilos de Vida asociado al Nivel de Conocimiento respecto de su enfermedad de las personas adultos mayores hipertensos atendidos en los consultorios externos del Hospital Carlos Monje Medrano Juliaca _2008. Disponible en:
[http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0cbkqfjaa&url=http%3a%2f%2fisisbib.unmsm.edu.pe%2fbibvirtualdata%2ftesis%2fsalud%2freyes_fm%2fcap2.pdf&ei=ukjkuv1k4j4yqsr7okybg&usg=afqjcngkp7jo7t9gm2acduyya1ult9akfw&bvm=bv.72676100,d.aww]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
37. Ramos Y. Estilos de vida y factores biosocioculturales de los pacientes adultos mayores que acuden a los consultorios externos del Hospital San Juan de Dios Ayaviri – 2009. Disponible en:
[<https://www.google.com.pe/search?q=hospital+ayaviri+tesis+sobre+estilos+de+vida+saludable+en+ancianos&source=lnms&tbn=isch&sa=x&ei=s2bku4ynd4utyasaoyolanada&ved=ramosauoag&biw=1366&bih=753#q=hospital+de++ayaviri&tbn=isch&imgdii>]. Revisado el 3 de agosto del 2014.
38. OMS. Estilos de vida.2009. Disponible en:

- [<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/worldhealthday20130403/es/>]. Revisado el 3 de Agosto del 2014.
39. OPS. Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela red Colombiana de municipios saludables.2011. Disponible en: [<http://www.ops.int/who.int/news//2013/Colombia20110403/es/>].
40. Revisado el 3 de Agosto del 2014.
41. Maya L. Los estilos de vida saludable; componente de la calidad de vida 2010. Disponible en: [<http://www.funlibre.org/documentos/lemaya.htm>].Revisado el 3 de Agosto del 2014.
42. OMS. Autocuidado del adulto mayor .2008. Disponible en: [<http://www.who.inp.cl/roller/autocuidado>]. Revisado el 4 de Agosto del 2014.
43. Navarro R. La nutrición: los estilos de vida saludable. 2007. Disponible en: [<http://www.encolombia.com/medicina/guiasalimentarias/lanuricionenlosestilosdevidasaludable.htm>].Revisado el 4 de Agosto del 2014.
44. Llanes C. Importancia de los estilos de vida .2009, Editado el 25 de setiembre del 2009. Facultad de Enfermería .UNA_ Puno.
45. OMS. Estilos de vida saludable y consecuencias de un estilo de vida poco saludable. 2013.Disponible en: [<http://jorgefrancomd.weebly.com/estilos-de-vida-saludables.html>].Revisado el 2 de Setiembre del 2014.
46. Bassetto L. Estilos de vida no saludable.2008.Disponible en: [<http://www.uniminuto.edu/web/uvd/-/estilos-de-vida-saludables>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
47. Navarro R. La nutrición: los estilos de vida saludable.2007.Disponible en: [<http://www.encolombia.com/medicina/guiasalimentarias/lanuricionenlosestilosdevidasaludable.htm>].Revisado el 4 de Agosto del 2014.
48. OMS. Estilos de vida, Alimentación saludable.2007. Disponible en: [<http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>].Revisado el 4 de Agosto del 2014.
49. OMS. Prevalencia de enfermedades no transmisibles.2008. Disponible en: [<http://www.latinsalud.com/articulos/00431.asp?ap2>].Revisado el 4 de Agosto del 2014.
50. OMS. Enfermedades crónicas degenerativas.2010.Disponible en: [www.scielo.php.pd=50034.atttxt]. Revisado el 4 de Agosto del 2014.
51. Bravo A. Alimentos y buena atención, mejorar alimentación y la seguridad alimentaria en el día de la familia.2009. Disponible en: [www.greenfacts.org.glosario.com].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
52. MINSA. Estilos de vida, hábitos alimentarios.2003.Disponible en: [<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/101.pdf>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
53. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en:

- [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
54. OMS. El consumo de carnes rojas y riesgo de cáncer.2008.Disponible en: [http://www.tvcableangil.com/home/elconsumo-excesivo-decarnesrojascatid3:noticia_saludables].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
55. Franco S. Cuidado con el consumo excesivo de carnes rojas.2009. Disponible en: [<http://www.medicplussalud.carnes-rojas.com>].Revisado el 5 de agosto del 2014.
56. Celis M. Hábitos alimentarios y estilos de vida saludable.2006. Disponible en: [<http://www.fath.org.ar/>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
57. SENC. Pirámide nutricional para adultos mayores.2013. Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
58. Cabrerizo L. Las carnes blancas en la alimentación saludable 2009. Editado El 10 de junio del 2010. Facultad de nutrición .UNA_ Puno.
59. MINSA. Estilos de vida, hábitos alimentarios.2003.Disponible en: [<ftp://ftp.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/101.pdf>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
60. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
61. Córdoba W. Guía nutricional: glúcidos o hidratos de carbono. 2008. Disponible en: [<http://www.unet.es/peanutriciondietetica/guía/guianutr/tablscom.htm>].Revisado el 5 de agosto del 2014.
62. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
63. OMS. Vida sana: hidratos de carbono, compuestos imprescindibles para el crecimiento saludable. 2006. Disponible en: [www.scielo.php.pd=50034.atttxt]. Revisado el 5 de Agosto del 2014.
64. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores. 2013. Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
65. Farfán L. Definiciones, menestras, alimentación saludable.2010 Disponible en: [<http://www.meiqe.com/los-menestras-y-las-espinacas-alimentos-con-bastantes-nutrientes/>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
66. FAO. Alimentos más sanos del mundo: menestras buena salud. 2002. Disponible en: [<http://www.Health.com/los-menestras-y-las-espinacas-alimentos-con-ricos-nutrientes/>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
67. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en:

- [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
68. Méndez L. Definiciones. conceptos y guías de alimentación: productos lácteos. 2009. Disponible en: [<http://www.alimentosproteinas.com/alimentos-lacteos-quecontienen-proteinas.html>]. Revisado el 5 de Agosto del 2014.
69. Davison M. El consumo de lácteos alarga la vida. 2006. Disponible en: [<http://www.ops.org.bo/servicios/DB717534.htm>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
70. OMS. Estilos de vida.2011.Disponible en: [<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/worldhealthday20130403/es/>].Revisado el 3 de Agosto del 2014.
71. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
72. OMS. Consumo de proteínas para promover una vida sana. 2004. Disponible en: [es.scribd.com/doc/49011907/informe-sobre-la-salud-en-el-mundo-2010].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
73. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
74. Pérez L. Importancia del consumo de verduras. 2020. Disponible en: [<http://www.botanical-online.com/vitaminasverduras.htm>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
75. FAO. Importancia sobre el consumo de verduras.2009.Disponible en: [<http://www.who.int/fao.org.e/news/releases/2013/20130403/es/>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
76. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
77. Martínez O. Importancia del consumo de frutas. 2010. Disponible en: [<http://www.botanical-online.com/vitaminasverduras.htm>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
78. OMS. Promoción de la salud: estilos de vida. 2009. Disponible en: [<http://www.wikimediaho.com/promociones/saludhtml.setiembre/34>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
79. Serra L. Hábitos alimentarios, consumo de frutas.2005.Disponible en: [www.buenastareas.com].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
80. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 4 de julio del 2014.
81. OMS. Informe sobre la salud en el mundo, la ingestión de agua .2010.Disponible en: [<http://www.medicpluss.com/oms.org/saludhtml>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.

82. SENC. Pirámide nutricional para adultos mayores. 2013. Disponible en: [\[http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/\]](http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/). Revisado el 4 de julio del 2014.
83. Rodríguez J. Importancia del consumo de grasas. 2009. Disponible en: [\[http://www.alimentacionsana.org/PortalNuevo/actualizaciones/quesongrasas.htm\]](http://www.alimentacionsana.org/PortalNuevo/actualizaciones/quesongrasas.htm). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
84. Morales J. Las grasas compuestos imprescindibles para el crecimiento pero a la vez peligrosa. 2009. Disponible en: [\[Http://www.who.mediacent/release/2009.index.html\]](Http://www.who.mediacent/release/2009.index.html). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
85. OMS. Estilos de vida saludable, consumo de grasas. 2005. Disponible en: [\[www.scielo.php.pd=50034.at\]](www.scielo.php.pd=50034.at). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
86. SENC. Pirámide nutricional para adultos mayores. 2013. Disponible en: [\[http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/\]](http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/). Revisado el 4 de julio del 2014.
87. Mesa L. Consumo de azúcar, importancia y exceso en la alimentación. 2008. Disponible en: [\[http://hablemosdeazucar.com.mx/la-importancia-del-consumo-del-azucar/\]](http://hablemosdeazucar.com.mx/la-importancia-del-consumo-del-azucar/). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
88. Cuba M. Azúcar y salud, dañino para humanos. 2008. Disponible en: [\[http://www.mujeresholisticas.com/azucar-y-salud-html.\]](http://www.mujeresholisticas.com/azucar-y-salud-html.). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
89. MINSA. Estilos de vida saludable, alimentación saludable. 2003. Disponible en: [\[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/1.pdf\]](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/1.pdf). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
90. SENC. Pirámide nutricional para adultos mayores. 2013. Disponible en: [\[http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/\]](http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/). Revisado el 4 de julio del 2014.
91. Noriega M. La sal, importancia y cantidad de consumo. 2009. Disponible en: [\[http://www.importancia.org/sal.php\]](http://www.importancia.org/sal.php). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
92. OMS. Reducción del consumo de sal en la población. Informe de un foro y una reunión técnica. 2005. Disponible en: [\[http://www.cardiosalud.org/factoresriesgo/sedentarismo.htm#pág.1\]](http://www.cardiosalud.org/factoresriesgo/sedentarismo.htm#pág.1). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
93. MINSA. Estilos de vida saludable, alimentación saludable. 2003. Disponible en: [\[ftp://ftpminsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/101.pdf\]](ftp://ftpminsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/101.pdf). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
94. Moreiras V. Estilos de vida cantidad de sal. 2009. Editado el 8 de abril del 2009. Facultad de nutrición. UNA - Puno.
95. Chambi E. Conceptos, guías, definiciones e importancia de la actividad física. 2008. Disponible en: [\[http://www.definicion.org/actividad\]](http://www.definicion.org/actividad). Revisado el 5 de Agosto del 2014.
96. OMS. Reporte sobre obesidad: prevención con la actividad física. 2009. Disponible en:

- [<http://www.oms.org/medicina/salud.html>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
97. Comisión Europea. Directrices de la actividad física. Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud. 2008. Disponible en:
[[http://www.planamas.es/sites/default/file/recursos/directrices<7actividad/fisica-ue-web.pdf](http://www.planamas.es/sites/default/file/recursos/directrices%20actividad/fisica-ue-web.pdf)]. Revisado el 5 de Agosto del 2014.
98. Sánchez R. Conceptos fundamentales aerobicos.2008.Disponible en:
[<http://www.bago.com/cardired7ejercicio-salud.asp>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
99. Pérez F. Tipos de ejercicios en un adulto mayor.2008.Disponible en:
[<http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterialnew>].Revisado el 4 de julio del 2014.
100. Halprin A. Como recuperar la salud mediante el baile.2010.Disponible en:
[<http://www.aarp.org/español/salud.legustabailar.html>].Revisado el 5 de agosto del 2014.
101. Pérez F. Tipos de ejercicios en un adulto mayor.2012.Disponible en:
[<http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterialnew>].Revisado el 4 de julio del 2014.
102. Suarez V. Ejercicios en un adulto mayor.2012.Disponible en:
[<http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterialnew>].Revisado el 4 de julio del 2014.
103. Osorio J. Guía de ejercicios para sedentarios, actividad física.2010.Editado El 4 de mayo del 2010. Facultad de nutrición .UNA_ Puno.
104. Palacios R. Tipos de ejercicios en un adulto mayor.2013.Disponible en:
[<http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterialnew>].Revisado 4 de julio del 2014.
105. Areiza M. Impacto de la recreación en la construcción del proceso de la ciudadanía. 2008. Disponible en:
[<http://www.ilustrados.recreaciones.publicaciones.php>].Revisado el 5 de agosto del 2014.
106. SEGG. Importancia de la recreación en el adulto mayor.2013.Disponible en: [http://www.angelfire.com/psy/insight/recreacion_2.html].Revisado el 6 de julio del 2014.
107. Sholiz M. Sueño y trastornos del sueño.2012.Disponible en:[<http://www.psicologia-online.com/psicologiageneral>].Revisado el 5 de agosto del 2014.
108. SEGG. La importancia de las horas de sueño en el adulto mayor.2013.Disponible en:[<http://www.saludymedicinas.com.mx/centros/salud/horasdesueño/articulos/sueño-en-la-tercera-edad.html>].Revisado el 6 de julio del 2014.
109. Loza C. El insomnio en el adulto mayor.2010.Disponible en:
[<http://www.angelfire.com/psy/insight/insomnio2.html>].Revisado el 6 de julio del 2014.

110. Becker B. La importancia del sueño en el adulto mayor.2009. Disponible en: [<http://www.psicologia.salud.adulto./mayor.html>].Revisado el 5 de agosto del 2014.
111. Rodríguez E. Adultez, edad madura.2009.Disponible en: [<http://madurezadulta.blogspot.com/2009/06/aduldez-intermedia-es-la-etapa-que-va.html>].Revisado el 4 de setiembre del 2014.
112. Arenas A. Sexo y sexualidad.2009.Disponible en: [<http://www2.esmas.com/salud/sexualidad/040294/generos-masculino-y-femenino/>]. Revisado el 4 de setiembre del 2014.
113. Corrales J. Definición nivel de instrucción.2008.Disponible en: [[url:http://www.eustat.es/documentos/opt0/tema303/elem2376/definicion.html#axzz2hiabus8b](http://www.eustat.es/documentos/opt0/tema303/elem2376/definicion.html#axzz2hiabus8b)].Revisado el 4 de setiembre del 2014.
114. Reyes J. Definición y conceptualización de procedencia.2009.Disponible en: [<http://es.answers.com/q/quesignificaprocedencia>].Revisado el 4 de setiembre del 2014.
115. Imbert L. El entorno familiar en el adulto mayor.2009.Disponible en: [<http://www.derechoycambiosocial.com/revista025/desproteccionlegaldeladultomayor.pdf>].Revisado el 4 de setiembre del 2014.
116. MINSA. Definición del adulto mayor.2010.Disponible en: [<http://www.google.com.pe+define+el+minsa+al+adulto+mayor+>].Revisado el 18 de Mayo del 2015.
117. Gómez. M. Definición y situación del adulto mayor en el Perú.2009.Disponible en: [<http://www.upch.edu.pe/famecd/rmh/33/v3n3cel.htm>].Revisado el 18 de Mayo del 2015.
118. OMS. Clasificación de adulto mayor por edades.2013.Disponible en: [<http://catarina.udlap.mx/udla/tales/documentos/lar/dionneemf/capitulo1.pdf>]. Revisado el 18 de Mayo del 2015.
119. OMS. Clasificación de adulto mayor según el grado de dependencia.2013.Disponible en: [<http://.Catarinaudlap.mx/udla/tales/documentoslar/dionneemf/capitulo1.Pdf>]. Revisado el 18 de Mayo del 2015.
120. Rojas. A. Cambios fisiológicos del adulto mayor.2012.Disponible en: [<G:\cambios fisiológicos del adulto mayor.html>].Revisado el 18 de Mayo del 2015.
121. Domínguez. M. Cambios en la vida sexual del adulto mayor.2011. Disponible en: [<http://www.cambios en la vida sexual del adulto mayor.html>].Revisado el 18 de Mayo del 2015.
122. Collado. R. Envejecimiento y Cambios sociales en el adulto mayor.2013.Disponible en:[<http://cambioseneladultomayorshan.weebly.com/aspectos/psicologicos-y-sociales.html>].Revisado el 18 de Mayo del 2015.
123. Rodríguez L. Cambios psicológicos en el adulto mayor y el envejecimiento.2012. Disponible en:

- [<http://ocwunican.es/cienciasenvejecimiento/materiales/unidad2/tema-3.cambios-psicologicos-sociales-y-familiares>].Revisado el 18 de mayo del 2015.
124. SENC.Requerimientos nutricionales del adulto mayor.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/requerimient/nutricionales/.html>].Revisa do el 18 de Mayo del 2015.
125. OPS. Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela red Colombiana de municipios saludables.2011.Disponible en: [<http://www.ops.int/who.int/news//2013/Colombia20110403/es/>].Revisado el 3 de Agosto del 2014.
126. Maya L. Los estilos de vida saludable; componente de la calidad de vida.2010. Disponible en: [<http://www.funlibre.org/documentos/lemaya.htm>].Revisado el 3 de Agosto del 2014.
127. OMS. Estilos de vida saludable y consecuencias de un estilo de vida poco saludable. 2013. Disponible en: [<http://jorgefrancomd.weebly.com/estilos-de-vida-saludables.html>].Revisado el 2 de Setiembre del 2014.
128. Bassetto L. Estilos de vida no saludable.2008.Disponible en: [<http://www.uniminuto.edu/web/uvd/-/estilos-de-vidasaludables>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
129. Navarro R. La nutrición: los estilos de vida saludable.2007.Disponible en: [<http://www.encolombia.com/medicina/guiasalimentarias/lanuricionenlostilosdevidasaludable.htm>].Revisado el 4 de Agosto del 2014.
130. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 2 de Setiembre del 2014.
131. Bravo A. Alimentos y buena atención, mejorar la alimentación.2009. Disponible en: [www.greenfacts.org.glosario.com].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
132. Fernández E. Definiciones, conceptos trozo.2013.Disponible en: [<http://que-significa.com/significado.php?termino=trozo>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
133. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
134. OMS. Vida sana: hidratos de carbono, compuestos imprescindibles para el crecimiento saludable.2006.Disponible en:[www.scielo.php.pd=50034.attxt]. Revisado el 5 de Agosto del 2014.
135. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.

136. OMS. Consumo de proteínas para promover una vida sana.2004.Disponible en: [es.scribd.com/doc/49011907/informe-sobre-la-salud-en-el-mundo-2010].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
137. Gómez. S. Definiciones, conceptos, cantidad.2013.Disponible en: [<http://definicion.de/cantidad/>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
138. Mendoza C. Definiciones, conceptos, porción.2013.Disponible en: [<http://definicion.de/porcion/>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
139. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
140. OMS. Promoción de la salud: estilos de vida.2009.Disponible en: [<http://www.wikimediaho.com/promociones/saludhtml.setiembre/34>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
141. OMS. Informe sobre la salud en el mundo, la ingestión de agua. 2010. Disponible en: [<http://www.medicpluss.com/oms.org/saludhtml>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
142. SENC.Pirámide nutricional para adultos mayores.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
143. Morales J. Las grasas compuestos imprescindibles para el crecimiento pero a la vez peligrosa.2009.Disponible en: [<http://www.who.mediacent/release/2009.index.html>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
144. Cuba M. Azúcar y salud, dañino para humanos.2008.Disponible en: [<http://www.mujeresholisticas.com/azucar-y-salud-html>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
145. Rojas C. Definiciones, conceptos miel.2012.Disponible en: [<http://www.wordreference.com/definicion/miel>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
146. MINSA. Estilos de vida saludable, consumo de sal.2008.Disponible en: [<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/101.pdf>].Revisado el 5 de Agosto del 2014.
147. Comisión Europea. Directrices de la actividad física. Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud.2008.Disponible en: [<http://www.planamas.es/sites/default/file/recursos/directrices-7actividad/fisica-ue-web.pdf>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
148. Pérez F. Tipos de ejercicios en un adulto mayor.2012. Disponible en: [<http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterialnew>].Revisado el 4 de julio del 2014.
149. Gonzales R. Definiciones, conceptos baile.2013.Disponible en: [<http://definicion.mx/baile/#ixzz3cddaxbl8>].Revisado el 2 de setiembre del 2014.
150. Suarez V. Tipos de ejercicios en un adulto mayor.2012.Disponible en:

- [<http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterialnew>].Revisado el 4 de julio del 2014.
151. Palacios R. Tipos de ejercicios en un adulto mayor.2013.Disponible en: [<http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterialnew>].Revisado el 4 de julio del 2014.
152. SEGG. Importancia de la recreación en el adulto mayor.2013.Disponible en: [http://www.angelfire.com/psy/insight/recreacion_2.html].Revisado el 6 de julio del 2014.
153. Sholiz M. Sueño y trastornos del sueño.2012.Disponible en: [<http://www.psicologia-online.com/psicologiageneral>].Revisado el 5 de agosto del 2014.
154. SEGG. La importancia de las horas de sueño en el adulto mayor.2013.Disponible en [<http://www.saludymedicinas.com.mx/centrosalud/horasdesueño/articulos/sueño-en-la-tercera-edad.html>].Revisado el 6 de julio del 2014.
155. Loza C. El insomnio en el adulto mayor.2010.Disponible en: [<http://www.angelfire.com/psy/insight/insomnio2.html>].Revisado el 6 de julio del 2014.
156. Rodríguez E. Adultez, edad madura.2009.Disponible en: [<http://madurezadulta.blogspot.com/2009/06/aduldez-intermedia-eslaetapa-que-va.html>]. Revisado el 4 de setiembre del 2014.
157. Arenas. A. Sexo y sexualidad.2009.Disponible en: [<http://www2.esmas.com/salud/sexualidad/040294/generos-masculino-yfemenino/>]. Revisado el 4 de setiembre del 2014.
158. Corrales J. Definición nivel de instrucción.2008.Disponible en: [[url:http://www.eustat.es/documentos/opt0/tema303/elem2376/definicion.html#axzz2hiabus8b](http://www.eustat.es/documentos/opt0/tema303/elem2376/definicion.html#axzz2hiabus8b)].Revisado el 4 de setiembre del 2014.
159. Reyes J. Definición y conceptualización de procedencia.2009.Disponible en: [<http://es.answers.com/q/quesignificaprocedencia>].Revisado el 4 de setiembre del 2014.
160. Imbert L. El entorno familiar en el adulto mayor.2009.Disponible en: [<http://www.derechoycambiosocial.com/revista025/desproteccionlegaldeladultomayor.pdf>].Revisado el 4 de setiembre del 2014.
161. MINSA. Definición del adulto mayor.2010.Disponible en: [<http://www.google.com.pe+define+el+minsa+al+adulto+mayor>].Revisado el 18 de Mayo del 2015.
162. OMS. Clasificación de adulto mayor por edades. 2013. Disponible en: [<http://catarina.udlap.mx/udla/tales/documentos/lar/dionnemfcapitulo1pdf>].Revisado el 18 de Mayo del 2015.
163. SENC.Requerimientos nutricionales del adulto mayor.2013.Disponible en: [<http://www.imsersomayores.csic.es/requerimient/nutricionales/.html>].Revisado el 18 de Mayo del 2015.
164. Alvarado E. Metodología de la investigación.1994.Editado el 10 de Agosto de 1994. Facultad de Enfermería. UNA – Puno.

165. Canales F. Metodología de la investigación.1994.Editado El 10 de Agosto de 1994. Facultad de enfermería .UNA_ Puno.
166. Zorrilla C. El Conocimiento y la investigación científica.2008.Disponible en:
[\[http://www2.minedu.gob.pe/digesutp/formacioninicial/wpcontent/uploads/2010/09/Materialdia3.pdf\]](http://www2.minedu.gob.pe/digesutp/formacioninicial/wpcontent/uploads/2010/09/Materialdia3.pdf).Revisado el 6 de julio del 2014.
167. Hospital CCRV-Azángaro. Libro de registro de pacientes adultos mayores inscritos en el servicio adulto mayor.
168. Pineda E. Metodología de la investigación.1994. Editado El 10 de Agosto de 1994. Facultad de enfermería .UNA_ Puno.
169. Valderrama S. Técnicas e instrumentos para la obtención de datos en la investigación científica.2002.Disponible en
[\[http://www.uv.es/friasnav/\]](http://www.uv.es/friasnav/).Revisado el 7 de Setiembre del 2014.
170. Cárdenas L. La investigación y tipos de estadística.2011.Disponible en:
[\[http://www2.tipos.pe/digesutp/estadística/investigación/cárdenas/2010/09/Materialdia3.pdf\]](http://www2.tipos.pe/digesutp/estadística/investigación/cárdenas/2010/09/Materialdia3.pdf). Revisado el 6 de julio del 2014.
171. Gamarra W. Ubicación y demografía de la provincia de Azángaro.2013.Disponible en:
[\[http://www.wikipedia.com/demografia/azangaro.shtml\]](http://www.wikipedia.com/demografia/azangaro.shtml).Revisado el 6 de julio del 2014.
172. Jiménez O. Características sociodemograficas de la provincia de Azángaro.2013. Disponible en:
[\[http://www.caracterisitica/socio/demogrificas/distrito/azángaro.cd=6&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe\]](http://www.caracterisitica/socio/demogrificas/distrito/azángaro.cd=6&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe).Revisado el 6 de julio del 2014.



ANEXO N° 1

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN:

Estilos de vida

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE
Estilos de vida es una forma de vida que se basa en hábitos alimentarios, actividad física, recreación y sueño, que son patrones de comportamiento que tienen los adultos mayores.	HABITOS ALIMENTARIOS	Número de comidas durante el día.	a.6 comidas	3 (S)
			b.3 comidas	2 (PS)
			c.2 comidas	1 (NS)
		Frecuencia de consumo de carnes rojas por semana (un trozo mediano).	a.2 veces	3 (S)
			b.3 a mas	2 (PS)
			c. No consume	1 (NS)
		Frecuencia de consumo de carnes blancas por semana (un trozo mediano).	a.3 a mas	3 (S)
b.1 a 2 veces	2 (PS)			
c. No consume	1 (NS)			
Frecuencia de consumo de glúcidos, cereales.	a. Diario	3 (S)		
	b. Interdiario	2 (PS)		
	c.1 vez /semana	1 (NS)		
Frecuencia de consumo de menestras por semana. (1 taza)	a.2 veces	3 (S)		
	b.1 vez	2 (PS)		
	c. No consume	1 (NS)		
Frecuencia de consumo de productos lácteos y derivados en un día.	a.2 a mas	3 (S)		
	b.1 vez	2 (PS)		
	c. No consume	1 (NS)		

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE
		Frecuencia de consumo de huevos por semana(un huevo)	a. 3 a 4 veces b.1 a 2 vez c. No consume	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Cantidad de porciones de verduras que consume en un día.	a.3 a 5 porciones b.1 a 2 porciones c. No consume	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Cantidad de porciones de frutas que consumen en un día.	a.2 a mas frutas b.1 fruta c. No consume	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Cantidad de vasos de agua que consume en un día.	a.6 a 8 vasos b.3-5 vasos c.1-2 vasos	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Tipo de grasa que consume diariamente	a. Grasas mono y poliinsaturadas b. Grasas saturadas c. Grasas trans	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Tipo de azúcar que consume en un día	a. Miel. b. Azucar sin refinar (moreno) c. Azucar refinado	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Cantidad de sal que consume diariamente	a. Menos de 5g b.6 a 8 g c. Más de 8 g	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE
	ACTIVIDAD FISICA	ACTIVIDAD AEROBICA		
		Caminatas por día. Duración.	a. Mas de 30 min b.20 a 30min c. Menos de 10 min. o no realiza	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia por semana	a.3 a mas veces b.2 veces c.1 vez	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia de baile	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia en subir/bajar escaleras	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Trotar Duración por día	a. Mas de 30 min b.20 a 30 min c. Menos de 10 min.o no realiza	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia por semana	a.3 a mas veces b.2 veces c. 1 vez	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
	RECREACIÓN	Frecuencia de visitas a lugares turísticos locales: Sillustani, Tintiri, Juli, otros.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia de visitas a lugares turísticos nacionales: Cusco, Arequipa, Cajamarca, otros.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE
		Participación como espectador en presentaciones artísticas como: conciertos folklóricos, latinoamericanos.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Participación como espectador en presentaciones de danzas autóctonas, traje de luces, otros.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia de visitas a parques, etc.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Asistencia a reuniones sociales (Matrimonios).	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Participación en eventos deportivos como participante o espectador.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia en organización de paseos con amigos, familiares.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
	SUEÑO	Horas de sueño	a. 6 a 8 horas b. 3 a 5 horas c. 1 a 3 horas	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia de levantarse descansado.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)
		Frecuencia con la que le cuesta trabajo quedarse dormido.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)



VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE
		Frecuencia con la que se despierta en varias ocasiones durante la noche.	a. Siempre b. A veces c. Nunca	3 (S) 2 (PS) 1 (NS)

VARIABLE INTERVINIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA
Características demográficas	Edad	Años	60 – 74 75 – 90 91 – a mas años
	Sexo	Características biológicas	*Masculino *Femenino
	Grado de instrucción	Ultimo año escolar	*Analfabeto *Primaria *Secundaria *Estudios superior
	Procedencia	Lugar de origen	*Rural *Urbana
	Entorno familiar	Familia	Solo(a) Con esposo(a) Con hijo(a) Con nieto(a)

LEYENDA

S: SALUDABLE

PS: POCO SALUDABLE

NS: NADA SALUDABLE

ANEXO N° 2

OG

CUADRO N° 6

ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL
CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZANGARO - 2014.

ESTILOS DE VIDA		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%
EDAD	60 - 74	9	22.5	13	32.5	-	-
	75 - 90	4	10	14	35	-	-
	91 - +	-	-	-	-	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-
SEXO	Masculino	7	17.5	20	50	-	-
	Femenino	6	15	7	17.5	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	5	12.5	8	20	-	-
	Primaria	7	17.5	17	42.5	-	-
	Secundaria	1	2.5	2	5	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-
PROCEDENCIA	Rural	7	17.5	11	27.5	-	-
	Urbana	6	15	16	40	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	5	12.5	9	22.5	-	-
	Con esposo(a)	6	15	14	35	-	-
	Con hijo (a)	1	2.5	4	10	-	-
	Con nieto (a)	1	2.5	-	-	-	-
TOTAL		13	32.5	27	67.5	-	-

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCRv, Azángaro - 2014

Leyenda:

OG = Objetivo general

Elaborado: Por la investigadora

OE1

CUADRO N° 7

HABITOS ALIMENTARIOS COMO DIMENSIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, PROCEDENCIA Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZANGARO – 2014.

Características personales		Hábitos Alimentarios		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%		
EDAD	60 - 74	10	25	12	30	-	-	-	-
	75 - 90	9	22.5	9	22.5	-	-	-	-
	91 - +	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-	-	-
SEXO	Masculino	15	37.5	12	30	-	-	-	-
	Femenino	4	10	9	22.5	-	-	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-	-	-
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	6	15	7	17.5	-	-	-	-
	Primaria	12	30	12	30	-	-	-	-
	Secundaria	1	2.5	2	5	-	-	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-	-	-
PROCEDENCIA	Rural	9	22.5	9	22.5	-	-	-	-
	Urbana	10	25	12	30	-	-	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-	-	-
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	8	20	6	15	-	-	-	-
	Con esposo(a)	9	22.5	11	27.5	-	-	-	-
	Con hijo (a)	2	5	3	7.5	-	-	-	-
	Con nieto (a)	-	-	1	2.5	-	-	-	-
TOTAL		19	47.5	21	52.5	-	-	-	-

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCRV, Azángaro -2014.

Leyenda:

Oe 1 = Objetivo específico 1.

Elaborado: Por la investigadora

OE2

CUADRO N° 8

ACTIVIDAD FÍSICA COMO DIMENSIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, PROCEDENCIA Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZANGARO – 2014.

Actividad Física Características Personales		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%
EDAD	60 - 74	9	22.5	11	27.5	2	5
	75 - 90	6	15	12	30	-	-
	91 - +	-	-	-	-	-	-
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5
SEXO	Masculino	11	27.5	16	40	-	-
	Femenino	4	10	7	17.5	2	5
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	6	15	6	15	1	2.5
	Primaria	7	17.5	16	40	1	2.5
	Secundaria	2	5	1	2.5	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5
PROCEDENCIA	Rural	8	20	9	22.5	1	2.5
	Urbana	7	17.5	14	35	1	2.5
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	7	17.5	6	15	1	2.5
	Con esposo(a)	7	17.5	12	30	1	2.5
	Con hijo (a)	1	2.5	4	10	-	-
	Con nieto (a)	-	-	1	2.5	-	-
TOTAL		15	37.5	23	57.5	2	5

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCR, Azángaro - 2014

Leyenda:

Oe 2 = Objetivo específico 2.

Elaborado: Por la investigadora



OE3

CUADRO N° 9

RECREACION COMO DIMENSION DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, PROCEDENCIA Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZANGARO – 2014.

Recreación		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%
EDAD	60 - 74	8	20	12	30	2	5
	75 - 90	2	5	13	32.5	3	7.5
	91 - +	-	-	-	-	-	-
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5
SEXO	Masculino	5	12.5	21	52.5	2	5
	Femenino	5	12.5	4	10	3	7.5
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	4	10	6	15	3	7.5
	Primaria	5	12.5	17	42.5	2	5
	Secundaria	1	2.5	2	5	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5
PROCEDENCIA	Rural	4	10	12	30	1	2.5
	Urbana	6	15	13	32.5	4	10
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	3	7.5	9	22.5	2	5
	Con esposo(a)	5	12.5	13	32.5	2	5
	Con hijo (a)	1	2.5	3	7.5	1	2.5
	Con nieto (a)	1	2.5	-	-	-	-
TOTAL		10	25	25	62.5	5	12.5

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCRv, Azángaro - 2014

Leyenda:

Oe 3 = Objetivo específico 3.

Elaborado: Por la investigadora.



OE4

CUADRO N° 10

SUEÑO COMO DIMENSION DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, PROCEDENCIA Y ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZANGARO – 2014.

Sueño		SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NADA SALUDABLE	
		N°	%	N°	%	N°	%
EDAD	60 - 74	15	37.5	7	17.5	-	-
	75 - 90	15	37.5	3	7.5	-	-
	91 - +	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	30	75	10	25	-	-
SEXO	Masculino	20	50	7	17.5	-	-
	Femenino	10	25	3	7.5	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	9	22.5	4	10	-	-
	Primaria	19	47.5	5	12.5	-	-
	Secundaria	2	5	1	2.5	-	-
	Estudios Superior	-	-	-	-	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-
PROCEDENCIA	Rural	14	35	4	10	-	-
	Urbana	16	40	6	15	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-
ENTORNO FAMILIAR	Solo(a)	8	20	6	15	-	-
	Con esposo(a)	17	42.5	3	7.5	-	-
	Con hijo (a)	4	10	1	2.5	-	-
	Con nieto (a)	1	2.5	-	-	-	-
TOTAL		30	75	10	25	-	-

Fuente: cuestionario de estilos de vida aplicado al adulto mayor hipertenso del HCCR, Azángaro - 2014

Leyenda:

Oe 4 = Objetivo específico 4.

Elaborado: Por la investigadora

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

N° _____

CUESTIONARIO

“Estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2014”

INSTRUCCIONES:

Estimado Sra. (o) previo saludo y agradecimiento por su colaboración en la presente investigación cuyo objetivo es Determinar “los estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2014. “; Para lo cual le pediré su absoluta sinceridad en la respuesta de cada uno de los Ítems (Preguntas), sobre sus estilos de vida que lleva usted, los resultados de este estudio servirán para mejorar los estilos de vida de pacientes hipertensos adultos mayores.

A continuación le realizare una encuesta en base a las siguientes preguntas elaboradas, que tienen 3 posibles respuestas de las cuales usted responderá lo que crea conveniente:

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

*Nombre del paciente.....

*Edad:

60 – 74 ()

75 – 90 ()

91 – + ()

* Sexo:

F () M ()

***Estado civil:**

- Casado ()
Viudo ()
Conviviente ()

***Grado de instrucción:**

- Analfabeto ()
Primaria ()
Secundaria ()
Estudios superior ()

***Entorno familiar:**

- Solo (a) ()
Con esposo (a) ()
Con hijo (a) ()
Con nieto (a) ()

***Procedencia:**

- Rural ()
Urbana ()

HABITOS ALIMENTARIOS

1. ¿Cuál es su frecuencia de comidas durante el día?
a) 6 comidas b) 3 comidas c) 2 comidas
2. ¿Ud. Con que frecuencia consume carnes rojas en una semana?
a) 2 veces b) 3 a más c) No consume
3. ¿Ud. Con qué frecuencia consume carnes blancas en una semana?
a) 3 a mas veces b) 3 1 a 2 veces c) No consume
4. ¿Ud. Con que frecuencia consume glúcidos, cereales y legumbres?
a) Diario b) Interdiario c) 1 vez / semana
5. ¿Ud. Con qué frecuencia consume menestras en una semana (1 taza)?
a) 2 veces b) 1 vez c) No consume
6. ¿Ud. Cuantos productos lácteos o derivados consume en un día?

- a) 2 a más b) 1 vez c) No consume

7. ¿Ud. Con que frecuencia consume huevos por semana (un huevo)?

- a) 3 a 4 veces b) 1 a 2 vez c) No consume

8. ¿Ud. Cuantas raciones de verduras consume en un día?

- a) 3 a mas raciones b) 1 a 2 raciones c) No consume

9. ¿Ud. Cuantas porciones de frutas consume en un día?

- a) 2 a más porciones b) 1 porción c) No consume

10. ¿Ud. Cuantos vasos de agua consume durante el día?

- a) 6 a 8 vasos b) 3 a 5 vasos c) 1 a 2 vasos

11. ¿Ud. Qué tipo de grasa consume diariamente?

- a) Grasas mono y poliinsaturadas (aceite de oliva, girasol, pescado)
b) Grasas saturadas (carne de cordero y aceites)
c) Grasas trans (margarina, embutidos y alimentos procesados)

12. ¿Ud. Qué tipo de azúcar consume diariamente?

- a) Miel b) Azúcar sin refinar (moreno) c) Azúcar refinado (blanco)

13. ¿Ud. Qué cantidad de sal consume diariamente ?(5 gr equivale a una cucharadita colmada)

- a) Menos de 5gr b) 6 a 8 gr c) Mas de 8 gr

21. ¿Ud. Cuantas veces por semana realiza sus trotes ?

- a) 3 a más veces b) 2 veces c) 1 vez

RECREACIÓN

22. ¿Ud. Con que frecuencia visita lugares turísticos locales: Sillustani, Tintiri, Juli, otros?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

23. ¿Ud. Con que frecuencia visita lugares turísticos nacionales: Cusco, Arequipa, Cajamarca, otros?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

24. ¿Ud. Participa como espectador en presentaciones artísticas como: folklóricos, Latinoamericanos, otros?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

25. ¿Ud. Participa como espectador en presentaciones de danzas: autóctonas, traje de luces, otros?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

26. ¿Ud. Con que frecuencia visita parques, otros?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

27. ¿Ud. Con que frecuencia asiste a reuniones sociales: matrimonios?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

28. ¿Ud. Con qué frecuencia participa en eventos deportivos?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

29. ¿Ud. Con que frecuencia organiza paseos con amigos, familiares?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

SUEÑO

30. ¿Ud. Cuantas horas duerme?

- a) 6 a 8 horas b) 3 a 5 horas c) 1 a 2 horas

31. ¿Ud. Con que frecuencia se levanta descansado?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

32. ¿A usted .Con qué frecuencia le cuesta trabajo quedarse dormido ?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

33. ¿Ud. Con que frecuencia se despierta en varias ocasiones durante la noche?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

ANEXO N° 4**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO****FACULTAD DE ENFERMERÍA****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para protección de los derechos éticos de los participantes se proporcionarán la información para el estudio denominado: “Estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro-2014.” Realizado por la Bachiller Nohely Cruz Sanca de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano. Yo..... como participante de la investigación, en pleno uso de mis facultades libre y voluntariamente, doy constancia de haber aceptado participar de la investigación “Estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro-2014”. Entendiendo que el objetivo de esta investigación es mejorar el nivel de salud de los pacientes adultos mayores y en tanto también su calidad de vida. Que como parte de la investigación debo dar mi autorización mediante la firma de este consentimiento informado, y debo responder el instrumento clasificando cada pregunta existente en la escala que me mostrara la encuestadora. Que la presente investigación no tiene riesgos que pueda producir incomodidad por el tipo y cantidad de preguntas, y que los beneficios que se esperan obtener al terminar el estudio son el Poder identificar cuáles son los estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos mayores, identificar la prevalencia y factores de riesgo que conllevan a incrementar la prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores. He sido advertido(a), que mi participación es completamente voluntaria que tengo la autonomía de retirarme cuando lo considero pertinente, que la información que proporcione será utilizada solo para fines de la realización de este estudio conservando siempre su confiabilidad y que mi intervención no tendrá ningún costo.

FIRMA DEL PARTICIPANTE.....

FIRMA DE LA RESPONSABLE DE LA INVETIGACIÓN.....

ANEXO N° 5

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Los resultados obtenidos de la prueba piloto sirvieron para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de Alfa de Crombach.

Donde:

α = Alfa de crombach

S_i^2 = Varianza de cada ítem

S_t^2 = Varianza total

K= Numero de ítems

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

$$S_i^2 = 90.9993398$$

$$S_t^2 = 19.5151515$$

$$K=33$$

Reemplazando valores:

$$\alpha = \left[\frac{33}{33-1} \right] \left[1 - \frac{90.9993398}{19.5151515} \right]$$

$$\alpha = \left[\frac{33}{32} \right] [1 - 4.66300965]$$

$$\alpha = (1.03125) (0.9458653) = 0.8566633$$

$$\alpha = 0.86$$

ANEXO N° 6

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

**ENFERMERA COORDINADORA Y PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
DE ADULTOS MAYORES DEL HCCRVA.**



**SALUDO CORDIAL POR PARTE DE LA ENFERMERA
COORDINADORA DE ADULTO MAYOR Y DE MI PARTE**



LOS ADULTOS MAYORES



LLENADO DE LA LISTA DE ADULTOS MAYORES



EL DESARROLLO DE LA ENCUESTA



REFRIGERIO DE LOS ADULTOS MAYORES

