



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores de la Comunidad Tanguarín, Provincia Imbabura, Ecuador.

AUTORA: Sara Natalí Pazmiño Landeta

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana

IBARRA – ECUADOR

2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana, en calidad de tutor de la tesis titulada: PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD TANGUARIN, PROVINCIA IMBABURA, ECUADOR. De autoría de PAZMIÑO LANDETA SARA NATALI, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 09 días del mes de julio del 2018

Lo certifico

(Firma).....

Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana

C.I: 1758355158

DIRECTOR DE TESIS

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 09 de julio de 2018

Sara Natalí Pazmiño Landeta “PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD TANGUARIN, PROVINCIA IMBABURA, ECUADOR” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor de la Comunidad de Tanguarín durante el año 2016. Entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. Relacionar factores de riesgo con la prevalencia de estas enfermedades en el grupo estudio. Evaluar la conducta de autocuidado según el apego al tratamiento farmacológico de las enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticada en estos pacientes.

Fecha: Ibarra, 09 de julio de 2018



.....
Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana

Directora de Tesis



.....
Sara Natalí Pazmiño Landeta

Autora

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado especialmente a Dios, por darme de su paz, tranquilidad y sabiduría cada día, por haberme guiado en cada paso de este trabajo y en mi vida, a mi hermoso hijo Nicolás por darme la fuerza y estímulo para seguir adelante, a mi esposo Andrés por ayudarme e impulsarme cada día a ser mejor, a mi padre Juan por su amor, confianza y porque desde pequeña me inculcó el interés hacia la medicina y a mi madre Aída por haberme enseñado el amor y respeto a las demás personas, por haber hecho de mí una persona cálida, apta para cuidar a los que necesitan de mi ayuda, a mis tías y tío: Susana, Mery, Eleonor y Byron por tanto cariño y empujarme cada día a ser más fuerte, más perseverante, a mi mejor amigo Bryan por su ayuda y cariño, y finalmente a mis hermanos Daniel, Paloma y Jorge que tanto los amo, por ser mis compañeros en este tan lindo camino.

Gracias a todos por su incondicionalidad.

Sara Pazmiño

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y salud para seguir esta hermosa carrera, por permitirme llegar hasta este punto de mi vida.

A la Universidad Técnica del Norte por darme la oportunidad de estudiar y graduarme en esta linda institución.

Un especial agradecimiento a la Doctora Carmen Pacheco porque aparte de ser una excelente tutora es una persona cálida, que contagia paz. Gracias por ayudarme a sacar adelante este proyecto adelante.

Gracias a todos los docentes que me han enseñado y formado para ahora ser una persona consiente de sus actos, tanto en las aulas como en los lugares de práctica, gracias por impartirme todos sus conocimientos y por su paciencia.

Son muchas las personas que me han apoyado y guiado en este camino, gracias por su compañía, amistad y sus consejos. Gracias a mi familia por siempre haberme animado a ser mejor y por todo su amor.

Sara Pazmiño

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE GENERAL.....	vi
INDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN.....	x
SUMARY.....	xi
TEMA:	xii
CAPITULO I.....	1
1. Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del problema:.....	3
1.3. Justificación:	4
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1 Objetivo General:	6
1.4.2. Objetivos Específicos:.....	6
CAPITULO II	7
2. Marco Teórico	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.2. Marco Contextual	9
2.2.1. Descripción General de San Isidro de Tanguarin San Antonio de Ibarra	9
2.3. Marco conceptual.....	11
2.3.1. Envejecimiento.....	11
2.3.2. Adulto Mayor	12
2.3.3. Enfermedades Crónicas no Transmisibles	12
2.3.1. Hipertensión arterial.....	12
2.3.2. Cáncer	13

2.3.3. EPOC	13
2.3.4. Diabetes Mellitus	14
2.3.5. Factores de Riesgo	15
2.3.6. Obesidad.....	15
2.3.7. Dislipidemias	16
2.3.8. Sedentarismo	18
2.3.9. Hábitos Tóxicos	18
2.3.10. Alcoholismo	19
2.3.11. Tabaquismo	19
2.3.12. Prevalencia	20
2.3.13. Atención de enfermería hacia el adulto mayor	20
2.3.14. Modelos y teorías de enfermería	20
2.4. Marco legal y ético	22
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador hace énfasis en diferentes artículos que hacen referencia a la siguiente investigación tales como:	22
2.4.2. Plan Toda una vida hace énfasis en diferentes pautas que hacen referencia a la siguiente investigación tales como: ⁽⁴²⁾	22
2.4.3. Ley Orgánica de Salud	23
2.5 Marco Ético.....	23
2.5.1. Código de Ética del Ministerio de Salud Pública.....	23
2.5.2. Código deontológico de Enfermería.	24
CAPITULO III	27
3. Metodología de la investigación.....	27
3.1. Diseño de la investigación:	27
3.2. Localización y ubicación del estudio.....	27
3.3. Población de Estudio.	27
3.3.1. Universo y Muestra:	27
3.1.2. Criterios de inclusión:	27
3.3.3. Criterios de exclusión:	28
3.3.4. Criterios de salida:.....	28
3.4. Métodos de Recolección de Información:	28
3.4.1. La Entrevista y Encuestas:	28

3.5. Operacionalización de Variables	29
CAPITULO IV	33
4. Resultados y Discusión	33
CAPITULO V	47
5. Conclusiones y Recomendaciones	47
5.1. Conclusiones	47
5.2. Recomendaciones	48
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	53
Anexo 1. Consentimiento Informado.	53
Anexo 2. Ficha Familiar	54
Anexo 3. Formulario 057 MSP	55
Anexo 4. Equipo multi-parametros accutrend plus para la medición de Glucosa, triglicéridos y colesterol.	57
Anexo 5. Tensiómetro digital para la medición de tensión arterial.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Adulto mayor con Enfermedades Crónicas según características sociodemográficas y género.....	34
Tabla 2. Prevalencia de Enfermedades Crónicas en el Adulto Mayor según género.	37
Tabla 3. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas según factores de riesgo asociados.	39
Tabla 4. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas según Índice de Masa Corporal y género.....	41
Tabla 5. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas según factores de riesgo asociados y género.	43
Tabla 6. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas No Transmisibles según control farmacológico.	45

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD TANGUARÍN, PROVINCIA
IMBABURA, ECUADOR.

AUTOR: Sara Natalí Pazmiño Landeta
E-MAIL: saritnat93@hotmail.com

RESUMEN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles constituyen un problema de salud en la actualidad, lo que se agrava por la prevalencia actual en los adultos mayores, grupo poblacional que se incrementa con la expectativa de vida creciente en las diferentes regiones. Se realizó esta investigación de tipo descriptiva – transversal para determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor de la Comunidad de Tanguarín durante el período 2016 – 2017, para lo cual, se estudiaron 86 adultos mayores dispensarizados con enfermedades crónicas y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, con consentimiento expreso de participar. Se recolectó la información utilizando formularios del Ministerio de Salud, Ficha Familiar y Formulario para Adulto Mayor. La misma se procesó utilizando el porcentaje como medida resumen, representándose en gráficos y tablas para su comprensión. Se concluyó que estas enfermedades afectan con mayor frecuencia a los adultos mayores, de 65 – 70 años de edad y mujeres, así como los casados, mestizos y con nivel de instrucción primaria terminada. Las amas de casa y los agricultores fueron las labores ocupacionales que más incidieron dentro de los afectados. La prevalencia más alta corresponde a Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, siendo las mujeres diabéticas y obesas, las que más evidencian el indicador. El sedentarismo constituyó el factor de riesgo más frecuente seguido del consumo de sustancias tóxicas. El apego al tratamiento farmacológico no resultó frecuente en estos pacientes, los hombres y los que padecen de hipertensión arterial mostraron cierta conducta de autocuidado en cuanto al seguimiento de las indicaciones terapéuticas sobre su enfermedad. Se recomendó socializar los resultados obtenidos a las autoridades de Salud correspondiente, promover el Proceso de Dispensarización en la población estudiada, logrando el pesquizaje y seguimiento de las enfermedades crónicas según establece el Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador. Desarrollar investigaciones de intervención educativa sobre prevención, control y tratamiento de enfermedades crónicas en la Comunidad de Tanguarín y organizar acciones relacionadas con la promoción y práctica de estilos de vida saludables en los adultos mayores desde la participación comunitaria y familiar.

Palabras clave: enfermedades crónicas no transmisibles, adultos mayores, prevalencia, dispensarización.

PREVALENCE OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES IN ELDERLY ADULTS OF THE TANGUARÍN COMMUNITY, IMBABURA PROVINCE, ECUADOR.

AUTHOR: Sara Natalí Pazmiño Landeta

E-MAIL: saritnat93@hotmail.com

SUMMARY

Noncommunicable Chronic Diseases constitute a health problem at present, which is aggravated by the current prevalence in older adults, a population group that increases with the expectation of increasing life in the different regions. This descriptive - cross - sectional research was carried out to determine the prevalence of chronic noncommunicable diseases in the older adult of the Tanguarín Community during the period 2016 - 2017, for which 86 elderly adults with chronic diseases who fulfilled the previously defined inclusion and exclusion criteria, with express consent to participate. The information was collected using forms from the Ministry of Health, Family Record and Senior Adult Form. It was processed using the percentage as a summary measure, represented in graphs and tables for its understanding. It was concluded that these diseases affect more frequently the elderly, 65-70 years of age and women, as well as the married, mestizo and with completed primary education level. Housewives and farmers were the occupational tasks that had the most impact on those affected. The highest prevalence corresponds to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus, being the diabetic and obese women, those who show the most evidence. A sedentary lifestyle was the most frequent risk factor followed by the consumption of toxic substances. The adherence to pharmacological treatment was not frequent in these patients, men and those suffering from arterial hypertension showed certain behavior of self-care in terms of the follow-up of therapeutic indications about their disease. It was recommended to socialize the results obtained to the corresponding Health authorities, to promote the Process of Dispensarization in the studied population, achieving the screening and monitoring of chronic diseases as established by the Model of Integral Health Care in Ecuador. Develop educational intervention research on prevention, control and treatment of chronic diseases in the Tanguarín Community and organize actions related to the promotion and practice of healthy lifestyles in the elderly from community and family participation.

Key words: noncommunicable chronic diseases, elderly, prevalence, dispensarization.

TEMA:

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD TANGUARÍN, PROVINCIA DE
IMBABURA, ECUADOR.

CAPITULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen uno de los problemas de salud que más afectan a los adultos mayores dentro de la Salud Pública, por sus complicaciones y su grado de mortalidad. Estas se han convertido en las principales causas de mortalidad, representando a nivel mundial un 63% en el 2015. ⁽¹⁾

En la actualidad, el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas en todo el mundo, altera la calidad de vida y causa la muerte del 60% de los adultos mayores, llegando a estimarse que 41 millones de personas morirían a causa de las enfermedades crónicas en todo el mundo en el 2015. ⁽²⁾

Por tanto, por estas enfermedades, fallecen 38 millones de personas cada año, representando casi el 75% de las muertes que se producen en los países de ingresos bajos y medios. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones, 17.5 millones cada año, seguidas del cáncer 8.2 millones, las enfermedades respiratorias 4 millones, y la diabetes 1.5 millones. Estas enfermedades han provocado en América Latina alrededor de 82% de las muertes en adultos mayores. ⁽³⁾

En el Ecuador, las principales enfermedades crónicas no transmisibles registradas son: la Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermedades Cardiovasculares y el Cáncer, constituyéndose en causa principal de muerte prematura. La inactividad física, la comida no sana, el consumo de sustancias como alcohol y tabaco aumentan el riesgo de padecerlas, provocando cambios fisiológicos o metabólicos, que también favorecen la aparición de estas enfermedades. ⁽⁴⁾

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el Ecuador, hay 1'229.089 adultos mayores, es decir, personas de más de 60 años, la mayor parte vive en la Sierra (596.429) seguida de la Costa (589.431). Las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%). ⁽⁵⁾

En este país, la primera causa de mortalidad en los adultos mayores hombres con enfermedades crónicas no transmisibles, son las enfermedades isquémicas del corazón, por cada mil habitantes se producen 437,5 muertes y por cada mil mujeres, hay 386 muertes por enfermedades cerebrovasculares, estas patologías son las que más afectan a los adultos mayores. ⁽⁶⁾

En Imbabura, 2.663 adultos mayores presentan enfermedades cardiovasculares, como hipertensión arterial. Las enfermedades metabólicas están presentes en el 7,2% de los adultos mayores, siendo la diabetes mellitus la enfermedad crónica no transmisible de tipo metabólica con mayor prevalencia en la provincia, seguido por factores de riesgo como la obesidad y las dislipidemias que están presentes en la población mayor de 65 años. ⁽⁷⁾

1.2. Formulación del problema:

¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores, de la Comunidad de Tanguarín, durante el periodo 2016 - 2017?

¿Qué factores de riesgos se relacionan con las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores de esta Comunidad?

¿Estarán controlados farmacológicamente los adultos mayores que padecen estas enfermedades?

1.3. Justificación:

Este estudio está realizado con el propósito de determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor de la Comunidad de Tanguarín durante el período 2016 – 2017, enfermedades crónicas limitan, incapacitan, restan autonomía y crean dependencia farmacológica.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son enfermedades que necesitan cuidados y tratamientos sistemáticos para su control. Muchas cifras demuestran que la falta de conciencia y la carencia de una cultura en salud, son el mayor componente para la aparición de estas. El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles publicado por la Organización Mundial de la Salud las señala como la principal causa de mortalidad en todo el mundo. ⁽⁸⁾

Este estudio es importante ya que los resultados obtenidos se pueden generar nuevos proyectos enfocados a concientizar a la población de Tanguarín y realizar intervenciones de promoción, prevención y educación.

En la actualidad la ley protege los derechos del adulto mayor, ya que tiene como objetivo promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores, en el marco del principio de atención prioritaria y especializada y garantiza el derecho de tener un nivel de vida que asegure su salud corporal y psicológica, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios.

El éxito de lo anterior, deberá complementarse con la intersectorialidad y multidisciplinar, para fortalecer el compromiso de la Comunidad de Tanguarín y en la adherencia a los planes de mejoramiento de estilos de vida en sus pobladores, con ayuda de la Unidad Operativa a la que corresponde.

Los beneficiarios directos de esta investigación fueron las personas de la tercera edad de esta comunidad, ya que al socializarse los resultados se podrán establecer pautas de

diagnóstico, control, tratamiento sistemático, acompañado de prevención de las complicaciones. Los beneficiarios indirectos es el Centro de Salud de San Antonio ya que con los resultados obtenidos se puede dar educación sobre dichas patologías, diagnóstico y tratamiento oportuno. Su factibilidad se establece, al contar con la aprobación de los docentes de la Universidad Técnica del Norte.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor de la Comunidad de Tanguarín durante el año 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Relacionar factores de riesgo con la prevalencia de estas enfermedades en el grupo estudio.
- Evaluar la conducta de autocuidado según el apego al tratamiento farmacológico de las enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticada en estos pacientes.

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

En el 2013 se realizó un estudio en Holguín, Cuba sobre la Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo, en 2085 adultos mayores, las variables analizadas fueron: edad, peso, estatura, índice de masa corporal, perímetro abdominal, perímetro de cadera, índice cintura/cadera, índice cintura/estatura, presión arterial, y complementarios de laboratorio. Las cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar de la media con sus respectivos intervalos de confianza de 95 %. Como resultados, los factores de riesgo obtenidos, en los pacientes estudiados, fueron: sobrepeso: 33,7 %, obesidad: 45,2 %, hipertrigliceridemia: 60,9 %, hipercolesterolemia 54,1 %, HDL-colesterol bajo 43,9 %, LDL-colesterol alto 20,7 %, hábito de fumar 17,3 %, y referente a las patologías crónicas se destaca la hipertensión arterial con un 63,9 % y la diabetes con 39,5 % de los adultos mayores estudiados. ⁽⁹⁾

Durante, 2008 – 2009, estudio similar en 300 adultos mayores, municipio de Mariano, Cuba, obtuvieron tasas de hipertensión arterial, mayor frecuencia con un 55%, y la diabetes mellitus 18.3%. La primera fue más frecuente en el género masculino, mientras que las otras predominaron en el femenino. ⁽¹⁰⁾

Se estudiaron 50 adultos mayores con diabetes mellitus, pertenecientes al consultorio médico de la familia No. 6 del Policlínico Universitario "Francisca Rivero Arocha" de Manzanillo, desde abril de 2008 hasta enero de 2010, con el fin de describir los factores de riesgo para padecer dicha afección. Del total de pacientes con diabetes mellitus, el género femenino estuvo representado con 60,0 % y el masculino aportó 40,0 %. El grupo de edad de 70-79 fue el de mayor predominio. En las mujeres después de los 50

años suceden cambios hormonales que favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arraigados desde su juventud, factores que pueden contribuir a padecer esta patología. (11)

En el 2016, se estudiaron los factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Departamento de Antioquia, Colombia, participaron 4.248 encuestas diligenciadas por los adultos mayores, el 65,5% fueron mujeres hipertensas, el 64,1% adulto mayor joven (60 a 74 años de edad), se encontró asociación con los hábitos como: el consumo de alcohol, el tabaco y el estado nutricional. El 21,8% presentó prevalencia de la diabetes y el 28,3% de los adultos hipertensos manifestó que empeorará mucho la calidad de vida. (12)

En España, en la Provincia de Cádiz, se realizó un estudio sobre la Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de Sanlúcar de Barrameda, donde se estudió 858 individuos con edades entre 50 y 75 años y la media de edad de las personas en estudio era 61,5 años, con un 53,6% de mujeres. La prevalencia de tabaquismo activo, es el 23,7 y el 7,9%; de sedentarismo, el 30,9 y el 44,8%; de obesidad, el 54 y el 55,9%; de diabetes, el 29,4 y el 26,1%; de hipertensión, el 45 y el 52,4%; de hipercolesterolemia, el 40,9 y el 45,1%, y de síndrome metabólico, el 58,8 y el 57%. Con excepción del tabaquismo, la prevalencia de todos los factores de riesgo aumentó con la edad. Se aprecia una asociación significativa e inversa del nivel de estudios con la obesidad en varones, y con la diabetes y el síndrome metabólico en mujeres. (13)

En el capítulo 6 de la Encuesta Ensanut realizada en el Ecuador, en el año 2012, “Aproximación a Enfermedades Crónicas No Transmisibles Cardiometabólicas”, estas son cada vez más frecuentes, siendo la diabetes y la hipertensión arterial, las enfermedades más comunes. La encuesta aportó que el 10% de los adultos mayores de 60 años tiene diabetes, las dislipidemias se presentan en 42.2 % de las mujeres a partir de los 60 años y en el 54.35% de los hombres a partir de los 40 años, la hipertensión

por representa el 42.4% de las enfermedades existentes en personas mestizas y el 37.9% en personas afro ecuatorianas. ⁽¹⁴⁾

En el estudio titulado “Un llamado a Enfermería para responder al cuidado de la salud de las personas en situación de enfermedad crónica por su impacto en su calidad de vida”, se concluyó que el profesional de enfermería y todos aquellos que lideran los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen que dar un cuidado de manera holística, en el que tengan en cuenta todas las dimensiones de las personas que conviven con una enfermedad crónica no trasmisible, lo cual redundará en una mejor calidad de vida. Este estudio es descriptivo. Los informantes fueron en total 6 personas, conformados por 2 hombres con diagnóstico de diabetes mellitus y 4 mujeres, 2 de ellas con hipertensión arterial y 2 con diabetes mellitus. ⁽¹⁵⁾

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Descripción General de San Isidro de Tanguarin San Antonio de Ibarra

San Antonio de Ibarra está ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura a 6km del cantón Ibarra, a una altura que oscila entre los 2120 y los 4600 msnm en los sectores altos del Volcán Imbabura, con una superficie de 28,75 km², tiene una temperatura anual promedio de 15°C. Su población de acuerdo al último censo es de 17522 habitantes ⁽¹⁶⁾.

Historia.

San Antonio de Ibarra fue creada civilmente el 24 de marzo de 1693. Su creación la suscriben las autoridades del Corregimiento de Ibarra. El corregidor maese de campo, Don Miguel de Aguinaga y el secretario Don José Recalde y Aguirre, luego, San Antonio de Ibarra, fue erigida como Parroquia Rural hace 150 años, el 29 de mayo de 1861. ⁽¹⁷⁾

San Antonio de Ibarra, es una parroquia con una gran riqueza cultural por historia y por tradición, donde se ha desarrollado el arte y la artesanía de madera tallada, pintura, escultura, cerámica, tejidos y bordados que son reconocidos a nivel nacional e internacional. Las artes y artesanías nacieron en San Antonio de Ibarra en el año 1884, luego de la creación del "Liceo Artístico", fundado por el maestro Daniel Reyes, en la colaboración de sus hermanos Luis y Fidel, como escuela de formación y capacitación académica en las artes y oficios, el cual en el corto plazo direccionó a un respetable sector de la población al cultivo de las artes plásticas, como máximo recursos de la expresión artística en San Antonio y la región. La artesanía es una actividad que involucra el desarrollo familiar y comunitario expresando sentimientos, creencias, tradiciones, costumbres e identidad de los pueblos, en muchos casos es una actividad complementaria a otras actividades entre ellas la agricultura; la Parroquia de San Antonio de Ibarra, en la actualidad, se ha constituido en el referente nacional de la producción de artes visuales, principalmente en madera, pintura, tejidos a mano (sacos de lana y bordados), objetos en resinas plásticas, cerámica, orfebrería y otros. ⁽¹⁷⁾

Comunidad San Isidro de Tanguarín

La comunidad San Isidro de Tanguarín está ubicada en la provincia de Imbabura en el cantón Ibarra siendo uno de los principales barrios de la parroquia San Antonio de Ibarra, este barrio nació en el sector quebrada grande. Está comunidad se destaca debido al trabajo artesanal en madera, siendo la principal atracción de la comunidad mencionada. ⁽¹⁸⁾

Historia

El nombre de la comunidad se debe a su patrono San Isidro Labrador y Tanguarín que tiene como significado Muro alto real; Tangua=hombre, Rína= mujer ⁽¹⁵⁾. San isidro fue canonizado santo por el Papa Gregorio XV un 11 de Marzo de 1622. San Isidro Labrador se hizo santo labrando la tierra, desde muy joven fue obligado a buscar este trabajo. Como muchos campesinos de su tiempo, se levantaba temprano para asistir a

la santa misa. Un día el patrón lo sorprendió arrodillado rezando, y observó un ángel que manejaba el arado y a otro que guiaba a los bueyes alrededor de él. ⁽¹⁹⁾

La comunidad de San Isidro de Tanguarín cuenta con un parque principal, el parque Francisco Calderón que en la antigüedad era un espacio de tierra y piedras de un suelo inclinado por lo consiguiente para conseguir aplanarlo los moradores del lugar organizaron en forma continua varias mingas; en donde sacaron enormes piedras, trabajaron haciendo derroche de fuerza con el objeto de nivelar el piso. Las mingas eran una demostración de solidaridad, de unión, generosidad, destreza, fuerza, trabajo y un gran sentido de organización. Los pobladores del barrio de Tanguarín tuvieron una destacada presencia cuando tenían que desalojar piedras enormes. Una vez nivelado el piso, la Plaza pasa a ser un espacio de tierra con una imagen desértica. Para romper esta visión resolvieron construir una pileta de piedra, este elemento ornamental fue el orgullo de los hombres de esta tierra por algunos años. El resto de espacio de la plaza se destinó al juego de pelota nacional que por esos años constituía el gran aporte practicado por muchos y la distracción de otros tantos. ⁽²⁰⁾

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Envejecimiento

Es un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que inicia como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, esto supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como la capacidad de respuesta a agentes lesivos que inciden en cada individuo.

En la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento solicitada por la Organización de Naciones Unidas en Viena en 1982, se dispuso considerar como ancianos a la población de 60 años y más. Por último a este grupo poblacional se le denominó como adultos mayores. ⁽²¹⁾

2.3.2. Adulto Mayor

Adulto mayor es toda persona que se encuentra cursando la última etapa de la vida, a posteriori de la adultez. También puede reconocerse a esta etapa con el nombre de senilidad (estudiada por la gerontología), que generalmente es la posterior a los setenta años, en la cual los individuos se denominan ancianos, gerontes o personas de la tercera edad. ⁽²²⁾

2.3.3. Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles son enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven, se destacan las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, patologías prevenibles relacionadas a estilos de vida no saludables como tabaquismo, alimentación no saludable, inactividad física y consumo excesivo de alcohol. ⁽²³⁾

Entre las principales enfermedades crónicas tenemos:

2.3.1. Hipertensión arterial

Esta es una enfermedad crónica que tiene una etiología muy variada que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial ya sea sistólica o diastólica o de las dos. Aunque en el adulto mayor el mejor predictor de enfermedad cardiovascular es la presión arterial sistólica.

Entre los factores de riesgo se encuentra la obesidad, sedentarismo, alimentación con exceso o déficit de calorías, consumo excesivo de sal y alcohol, también los antecedentes familiares de hipertensión arterial.

En cuanto la etiología la causa más frecuente es idiopática (o esencial) que abarca el 90% de los casos, pero el 10% restante puede ser inducida por fármacos, asociada a patología renal, asociada a patología endocrina o a patología neurológica. ⁽²⁴⁾

El tratamiento se asocia a un descenso de los eventos cardiovasculares, está especialmente indicado iniciar con medidas no farmacológicas (disminuir la ingesta de la Sal). En el adulto mayor existe mayor riesgo de hipotensión ortostática por el tratamiento farmacológico en el cual los diuréticos y calcio antagonistas son los más utilizados. ⁽²⁵⁾

2.3.2. Cáncer

El cáncer es un término genérico y se amplía en un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer es un crecimiento tisular que está producido por la proliferación continua de células anormales que tienen la capacidad de invadir y destruir otros tejidos. El cáncer, que puede partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, esta es un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. Existen cientos de formas distintas, y tiene tres principales subtipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios de las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras. ⁽²⁶⁾

2.3.3. EPOC

Esta patología se caracteriza por una limitación crónica al flujo de aire persistente y con frecuencia esta es progresiva, se encuentra asociada a una reacción inflamatoria pulmonar que tiene como consecuencia principalmente de la exposición al humo del tabaco, ocupacional y al humo del combustible. Es una enfermedad de alta prevalencia, prevenible y tratable, heterogénea en su presentación clínica y evolución. El concepto

de EPOC como enfermedad progresiva está cambiando, la declinación de la función pulmonar sólo se produce en algunos pacientes. Para el diagnóstico de la enfermedad se debe realizar una espirometría que permita confirmar la presencia de obstrucción al flujo de aire. La estaficación Gold clasifica en cuatro grados la enfermedad (leve, moderado, grave y muy grave) y de acuerdo a esto se administra el tratamiento, que incluye broncodilatadores y corticoides.

La obstrucción de la vía aérea tiene componentes reversibles e irreversibles. La inflamación destruye el epitelio respiratorio y estimula las fibras nerviosas expuestas. Esta es un mecanismo activo y progresivo con picos que aumenta durante las exacerbaciones. La desactivación de este mecanismo es difícil a medida que la enfermedad progresa y se establece el daño estructural. Dejar de fumar es efectivo en las etapas tempranas de la enfermedad. ⁽²⁷⁾

2.3.4. Diabetes Mellitus

Esta patología es un conjunto de síndromes que se caracterizan por tener déficit en la secreción o acción de la insulina y produce alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, dando como resultado una hiperglicemia que puede causar complicaciones vasculares y neuropatías. Siendo su valor normal 110 mg/dl en sangre.

En la epidemiología, esta patología es considerada la enfermedad endocrinológica más frecuente, y su prevalencia esta entre 5-10% de la población en general, la más frecuente es la de tipo 2, y se supone que el 50% de los pacientes no están diagnosticados.

Entre los síntomas más frecuentes están: polifagia, polidipsia, poliuria, mareo, visión borrosa y también puede estar acompañada de pérdida de peso. Estos síntomas más una única glicemia capilar >200mg/dl será suficiente para determinar el diagnóstico. Si se tiene la sospecha, se puede aplicar otros métodos de screening como el test de Sullivan y Hemoglobina glicosilada.

Clasificación:

Diabetes Mellitus tipo 1

Esta se define por la destrucción de las células beta pancreática, o una alteración en las mismas, que tiene un componente genético, la cual crea un déficit de insulina.

Estos pacientes requieren la administración de insulina para evitar la cetoacidosis.

Diabetes Mellitus tipo 2

Cuando los depósitos, hepatocitos y las células musculares no responden a la insulina, se crea resistencia a la insulina. Cuando esto sucede ya no se puede utilizar la glucosa como fuente de energía y esta aumenta en la sangre, a lo cual se denomina hiperglucemia.

Esta por lo general se va creando con el tiempo, la mayoría de personas que tienen este tipo de diabetes suelen tener sobrepeso o en el momento del diagnóstico ya son obesas.

(28)

2.3.5. Factores de Riesgo

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, e intervienen en la evolución y apareamiento de estas enfermedades son diversos, muchos de los cuales están asociados al estilo de vida, costumbres, tales como el sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas. (29)

2.3.6. Obesidad

Es una enfermedad crónica de origen multifactorial que es prevenible y se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo, se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida.

El grado de obesidad se determina de acuerdo al IMC. Existen distintas subcategorías basadas en el IMC: Bajo peso, menos de 18.5 kg/m². Peso normal de 18.5 a 24.9 kg/m². Sobrepeso de 25 a 29.9 kg/m². Obesidad clase I de 30 a 34.9 kg/m². Obesidad clase II de 35 a 39.9 kg/m² y Obesidad extrema o clase III mayor o igual a 40 kg/m².⁽³⁰⁾

También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm.

La obesidad forma parte del síndrome metabólico, y es un factor de riesgo conocido, es decir, es una indicación de la predisposición a varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, ictus y osteoartritis, así como para algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales. En los ancianos la obesidad puede llegar a acelerar el envejecimiento y la mortalidad.

En la edad avanzada disminuye la masa magra y se incrementa la masa grasa, redistribuyéndose en el área abdominal, y se puede dar una pérdida de estatura, aproximadamente de 3 cm en hombres y 5 cm en mujeres, entre los 30 y 70 años de edad como resultado de la compresión vertebral. De esta forma, los cambios en la composición corporal podrían subestimar la obesidad basada en el IMC.⁽³¹⁾

2.3.7. Dislipidemias

Se define como la alteración de los niveles de lípidos en la sangre. Estos lípidos son un conjunto de moléculas que circulan en la sangre. Los cambios más frecuentes son un aumento del colesterol total, del colesterol LDL y de los triglicéridos.⁽³²⁾

La etiología dislipidemia se divide en dos grandes grupos. En primer lugar pueden ser hereditarias causadas por alteraciones en los genes que interfieren con la capacidad del organismo para absorber y eliminar las grasas; estas son no modificables. El segundo son las dislipidemias que se adquieren en el transcurso de la vida, tienen que ver con

el estilo de vida y, por lo tanto, sus causas son modificables y evitables. Dentro de estas se incluyen:

- Consumo de grasas, carbohidratos y azúcares. Bajo consumo de frutas, verduras y fibra. Beber alcohol, fumar tabaco y otras drogas psicoactivas. No realizar actividad física.
- Se ha evidenciado que las personas que toman medicamentos como Corticoides, Diuréticos, Beta-Bloqueadores y Anticonceptivos orales tienen mayor riesgo de desarrollar dislipidemia. ⁽³²⁾
- En los casos severos y de origen hereditario pueden observarse cambios en la piel como acumulación de grasa en codos, manos, rodillas, pies, tendones (arterioesclerosis).
- La dislipidemia tiene pocas manifestaciones, excepto cuando los niveles lipídicos están demasiado altos, cuando la elevación permanece durante mucho tiempo y cuando hay aumento contribuye al desarrollo de otras enfermedades como patologías del corazón, de los vasos sanguíneos, diabetes, etc.

Clasificación:

- Esta se clasifica de acuerdo a los cambios observados en las concentraciones de los lípidos. Pueden verse, entonces, dislipidemias con incremento de los niveles de colesterol denominada **hipercolesterolemia puro**, dislipidemias con incremento de las concentraciones de triglicéridos **hipertrigliceridemia pura**, o dislipidemias con incremento de ambos (dislipidemia mixta).
- Se diagnostica a partir de la toma de exámenes de rutina que pueden o no hacer parte del seguimiento de enfermedades y factores asociados a dislipidemia (por

ejemplo, seguimiento de una persona obesa). También se realiza en pacientes con riesgo aumentado de enfermedades cardíacas tempranas.

- El diagnóstico se hace por medio de un examen de sangre en ayunas, conocido como perfil lipídico, que mide las concentraciones de colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos. Cuando los niveles de colesterol total están por encima de 200 mg/dl, los de colesterol LDL por encima de 110 mg/dl, los de triglicéridos por encima de 150 mg/dl y los de colesterol HDL por debajo de 60 mg/dl, se considera que la persona tiene los lípidos alterados. ⁽³²⁾

2.3.8. Sedentarismo

Es falta de actividad física, y es esta falta de ejercicio la que se considera hoy en día como uno de los principales factores de riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular. De hecho, se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular y, por esta razón, se ha señalado como factor de riesgo; un riesgo que es modificable, lo que significa que la adopción de un estilo de vida que incluya la práctica de ejercicio físico habitual interviene en la mejora de la salud de la persona sedentaria y reduce la probabilidad de adquirir una patología. ⁽³³⁾

2.3.9. Hábitos Tóxicos

Se llama hábito tóxico al consumo frecuente de sustancias dañinas para la salud y que resulta a veces difícil de superar o abandonar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona. Entre ellos tenemos al tabaco y alcohol, estos son los más consumidos por los adultos mayores, aunque son legales, producen algún efecto sobre el sistema nervioso y determinan, además, tolerancia y dependencia, así como diferentes acciones perjudiciales que pueden afectar la salud en sus aspectos físico, mental y social. ⁽³⁴⁾

2.3.10. Alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad ya que ocasiona trastornos en el funcionamiento normal del organismo, en sus relaciones familiares y sociales. Este en total, reduce la esperanza de vida de 10 a 12 años. Y entre más temprano una persona empieza a beber alcohol, mayores son las probabilidades de desarrollar enfermedades graves. Pueden causar trastornos por el consumo crónico y excesivo del alcohol como la hipertensión arterial, insuficiencia renal y hepática.

El alcoholismo se asocia con un mayor riesgo para los cánceres de colon y el recto. El tabaquismo combinado con el consumo de alcohol incrementa los riesgos para todos estos cánceres. El riesgo para el cáncer del hígado aumenta en los alcohólicos y hasta el beber moderadamente (tres a nueve bebidas a la semana) puede aumentar la probabilidad del desarrollo del cáncer de mama en las mujeres. En el caso de la Diabetes el alcohol puede causar una disminución en el azúcar sanguíneo (hipoglucemia), que es especialmente peligrosa para las personas con diabetes que están tomando insulina. ⁽³⁵⁾

2.3.11. Tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recurrente, además de ser un importante factor de riesgo que incrementa los índices de mortalidad prematura, es por sí mismo un factor determinante para la aparición de algunos trastornos de salud. Los fumadores, en promedio, viven 22 años menos que los no fumadores. Cada diez segundos fallece una persona por culpa del cigarrillo

El humo de tabaco está compuesto por gases y pequeñas partículas sólidas. El humo tiene más de sustancias tóxicas, y se sabe que provocan cáncer y enfermedades crónicas pulmonares como EPOC. ⁽³⁶⁾

2.3.12. Prevalencia

Expresa la frecuencia con la que ocurre un evento, es el número de individuos que presentan un evento en un momento determinado, dividido por la población en riesgo de tener el evento en ese momento. Esta se calcula: número de casos en el momento dado sobre el total de la población. ⁽³⁷⁾

2.3.13. Atención de enfermería hacia el adulto mayor

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados con eficacia y eficiencia orientados hacia el logro de los objetivos. De allí, la importancia y la responsabilidad del profesional de Enfermería aplicar el proceso del cuidado en función de las necesidades identificadas en el adulto mayor y así determinar un cuidado oportuno, a través de acciones individualizadas enfocadas en el diagnóstico prioritario y de esta forma tratar las respuestas humanas que se desarrollan durante el envejecimiento, Los cuidados a los ancianos representan un trabajo complejo que requiere una formación especializada. La Atención de enfermería en el adulto mayor, se plantea como objetivo mejorar el bienestar y la calidad de vida de los ancianos. ⁽³⁸⁾

2.3.14. Modelos y teorías de enfermería

Los modelos y teorías de enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de enfermería.

Modelo de suplencia o ayuda de Dorothea Orem. ⁽³⁹⁾ Para ella el autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, entre otras cosas, con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Estas acciones a pesar de que son deliberadas requieren de aprendizaje, y en caso de que la persona no pueda realizarlas por sí misma ya sea por limitaciones o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los cuidados. La función de enfermería es actuar como complemento con las personas, familias y comunidades en

la realización de autocuidados, cuando el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado esté alterado.

Modelo de Virginia Henderson. ⁽⁴⁰⁾ Para ella la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa función no la cumple en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Virginia Henderson define 14.

Necesidades básicas de todo individuo:

1. Respiración y circulación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Sueño y descanso
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel
9. Seguridad
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

2.4. Marco legal y ético

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador hace énfasis en diferentes artículos que hacen referencia a la siguiente investigación tales como:

SECCION SÉPTIMA

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. ⁽⁴¹⁾

2.4.2. Plan Toda una vida hace énfasis en diferentes pautas que hacen referencia a la siguiente investigación tales como: ⁽⁴²⁾

Objetivo 1: *“Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”*

Política 1.6

“Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural”

2.4.3. Ley Orgánica de Salud

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. ⁽⁴³⁾

2.5 Marco Ético

2.5.1. Código de Ética del Ministerio de Salud Pública.

Art: 3. Valores:

*“**Respeto:** todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento.*

***Inclusión:** Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto, se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad.*

***Vocación de servicio:** La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción. **Compromiso:** Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.*

Integridad: *Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada.*

Justicia: *Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.*

Lealtad: *Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos”.* ⁽⁴⁴⁾

2.5.2. Código deontológico de Enfermería.

“Código deontológico del consejo internacional de enfermeras (CIE), se adoptó un por primera vez este código de ética en 1953, se han realizado varias revisiones y reafirmando en diversas ocasiones, la más actual es del año 2000”. ⁽⁴⁵⁾

La enfermería y el ser humano / deberes de las enfermeras/os

Art. 4: *“La enfermera/o reconoce que la libertad e igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos, que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello está obligado a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud”.*

Art.5: *“Las enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras este a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal”.*

Art.10: *“Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando esta se*

ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad comprensión del mismo”.

Art.12: *“la enfermera / o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud: teniendo en cuenta en todo momento que este se encuentre en condiciones de entender, aceptar o decidir por sí mismo”.*

Promoción de la salud y bienestar social

Art.31: *“El personal de enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud al servicio del logro de esa función social sus conocimientos 34 científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo”.*

Art. 32: *“Los proyectos y los programas de promoción de la salud han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socioculturales y económicos”.*

Art. 34: *“Es el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la enfermera/o se guiara por el principio de justicia social de dar al más necesitado. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo”.*⁽⁴⁶⁾

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación.

3.1. Diseño de la investigación:

Se realizó investigación no experimental, al estudiar datos estadísticos obtenidos mediante las encuestas aplicadas, previo Consentimiento Informado de los participantes, Anexo 1. A partir, de Diseño Descriptivo – Transversal, que permitió cumplir los objetivos propuestos, con enfoque cuantitativo, mediante análisis de resultados obtenidos en un tiempo determinado.

3.2. Localización y ubicación del estudio

El estudio se realizó en la comunidad de San Isidro de Tanguarín durante el periodo 2016-2017, de la Parroquia San Antonio ubicado en el Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura, Ecuador.

3.3. Población de Estudio.

3.3.1. Universo y Muestra:

Fueron estudiados los adultos mayores de 65 años, (86), dispensarizados con enfermedad crónica no transmisible, que se encontraban residiendo en la Comunidad de San Isidro de Tanguarín, durante el período 2016 – 2017, y que cumplieron con los siguientes:

3.1.2. Criterios de inclusión:

Adultos mayores de 65 años de edad, de habla Hispana, que brindaron su colaboración con la investigación, que estén aptos en sus capacidades físicas y mentales.

3.3.3. Criterios de exclusión:

Adultos mayores de 65 años de edad, de habla no Hispana, sin deseo expreso de colaborar con la investigación, y/o alguna limitante física - mental.

3.3.4. Criterios de salida:

Pobladores que abandonen la comunidad o fallecimiento durante el desarrollo de la investigación.

3.4. Métodos de Recolección de Información:

3.4.1. La Entrevista y Encuestas:

Las encuestas se realizaron con formularios del Ministerio de Salud, Ficha Familiar código 016 (Anexo 2); Formulario para Adulto Mayor código 057, (Anexo 3)

Los resultados serán procesados mediante el porcentaje como medida resumen, estableciendo una significancia estadística de $p \leq 0,05$ ó 95 % de confianza. Los mismos serán representados en cuadros o gráficos según correspondan para su comprensión.

3.5. Operacionalización de Variables

Variable 1

Objetivo 1: Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características socio demográficas	Conjunto de características biológicas, socio económicas, culturales que están presentes en la población sujeta de estudio	Social	Edad	65-70
				71-80
				81-90
				Más de 90
			Género	Masculino
				Femenino
			Estado civil	Soltero
				Casado
				Viudo
				Divorciado
			Etnia	Mestizo
				Afroecuatoriano
				Blanco
				Montubio
				Indígena
			Instrucción	Primaria
				Primaria terminada
				Secundaria
				Secundaria terminada
				Superior
				Ninguna
			Ocupación	Ama de casa
				Agricultor
				Empleado público
Jornalero				
No trabaja				
Otro				

Variable 2

Objetivo 2: Relacionar factores de riesgo con la prevalencia de estas enfermedades en el grupo estudio.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Factores de Riesgo	La prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad.	Biológico	Antecedentes patológicos familiares	HTA
				Diabetes
				Artritis
				Osteoporosis
				Cáncer
				Ninguno
				Otros
			Control médico	Sí
				No
		Tratamiento farmacológico	Si	
			No	
			A veces	
			Nunca	
		Psicológico	Con quien vive	Solo
				Con familiares
			Concepto de la vida	Satisfecho con su vida
				Insatisfecho con su vida
			Problemas personales	Si
				No
Número de comidas completas al día.	1 comida			
	2 comidas			
	3 comidas o más			
Conductual	Alimentos que consume con más frecuencia.		Verduras	
		Hortalizas		
		Granos		
		Frutas		
		Lácteos		
		Carnes		
Grasas.				

				1 vez por semana.
			Frecuencia de consumo	1 vez por semana. 2 veces por semana 3 veces por semana Todos los días
			Porciones que consume al día	½ plato 1 plato 2 platos o más Si
			Realiza actividad física	No 30 min. 60 min. Más de 60 min.
			Duración de la actividad física.	1-2 veces
			Frecuencia que realiza la actividad física por semana.	3-5 veces Todos los días. Si
			Ingiere bebidas alcohólicas	No HTA
Enfermedad crónica no transmisible	Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Biológico, psicológico y comportamentales	Tipo Enfermedad diagnosticada	Diabetes Mellitus Enfermedades obstructiva pulmonar crónica Cáncer

Variable 3.

Objetivo 3: Evaluar la conducta de autocuidado según el apego al tratamiento farmacológico de las enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticada en estos pacientes.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Apego al Tratamiento Farmacológico	Se corresponde con la conducta del paciente de autocuidado que se manifiesta en la responsabilidad del seguimiento de las indicaciones médicas.	Biológico, psicológico y comportamentales	Control Tratamiento o Farmacológico	Sí
				No

CAPITULO IV

4. Resultados y Discusión

Las enfermedades crónicas no transmisibles son patologías de larga duración, lenta progresión, que son controlables y en gran magnitud evitables, si se logra identificar tempranamente los factores de riesgo que suelen asociarse a su aparición, es por eso que se considera importante conocer su frecuencia, para establecer estrategias de salud para diagnosticarlas y/o modificarlas. Los adultos mayores constituyen un grupo de riesgo en algunas enfermedades que suelen estar relacionadas precisamente con el envejecimiento, son las que denominamos enfermedades crónicas. ⁽²¹⁾

A continuación, en la Tabla No 1, se establecen los resultados obtenidos, al estudiar algunas características sociodemográficas encontradas en adultos mayores con enfermedades crónicas pertenecientes a la Comunidad Tanguarín.

El grupo de edad más frecuente estuvo entre los 65 – 70 años de edad, 38 adultos mayores y 44.1 %. Seguidos de aquellos entre 71 – 80 años, con 33.7 % (29). En ambos, fueron las mujeres las de mayor frecuencia con 55.3, (21) y (18), 62.1 %, respectivamente. En esta Comunidad se encontró 1 longevo de más 90 años, del género masculino.

Tabla 1. Adulto mayor con Enfermedades Crónicas según características sociodemográficas y género.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		GÉNERO				TOTAL *	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRUPOS DE EDAD	65-70	17	44.7	21	55.3	38	44.1
	71-80	11	37.9	18	62.1	29	33.7
	81-90	8	44.4	10	55.6	18	20.9
	90 y más	1	100.0	0	0	1	1.3
ESTADO CIVIL	Soltero	6	33.3	12	66.7	18	20.9
	Casado	25	47.1	28	52.9	53	61.6
	Viudo	0	0	9	100.0	9	10.4
	Divorciado	2	33.3	4	66.7	6	7.1
ETNIA	Mestizo	31	36.9	53	63.1	84	97.6
	Afroecuatoriano	2	100.0	0	0	2	2.4
INSTRUCCIÓN	Primaria	9	39.1	14	60.9	23	26.7
	P. Terminada	15	41.6	21	58.4	36	41.8
	Secundaria	7	35.0	13	65.0	20	23.2
	S. Terminada	2	28.5	5	71.5	7	8.3
OCUPACIÓN	Quehaceres Domésticos	2	5.4	35	94.6	37	43.0
	Agricultor	10	55.5	8	44.5	18	20.9
	Empleado Público	4	100.0	0	0	4	4.6
	Jornalero	8	100.0	0	0	8	9.3
	No Trabaja	4	40.0	6	60.0	10	11.6
	Otro	5	55.5	4	44.5	9	10.6

Calculado sobre el Total de Adultos Mayores Estudiados (86)

Los casados predominaron con 53 de ellos y el 61.6 %, así como los mestizos con 97.6 % (84), y (2) con 2.4 % afroecuatorianos, no se encontraron otras etnias, en el grupo estudiado.

La Instrucción y la Ocupación fueron otras de las variables identificadas, el 41.8 % (36), refirieron contar con la Primaria Terminada, elemento que puede relacionarse con su estado de salud y sus limitaciones para comprender su enfermedad, tratamiento y complicaciones. Sin embargo, 43.0 %, se ocupan de quehaceres domésticos y 20.9 % de labores agrícolas, lo que refleja en alguna medida la disposición física y posibilidad de autocuidado de los mismos.

Según el INEC ⁽⁴⁷⁾, el incremento en la expectativa de vida (hoy en 81 años) gracias a diversos condicionantes: sociales, económicos, sanitarios, etc., ha incrementado de forma importante la cantidad de adultos mayores a nivel del mundo y en nuestro país, con lo que este grupo pasa a ser no únicamente una minoría vulnerable sino un grupo de creciente interés. Llama la atención en nuestra investigación la discordancia de la proporción en género, donde encontramos que el 61% de los encuestados fueron de género femenino. En contraste, según los resultados arrojados por el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en 2012 ⁽⁴⁸⁾, en el Ecuador la población se distribuía, según su género en 51% población masculina y 49% femenina. Según nuestro análisis y experiencia durante la elaboración del presente estudio, asumimos que este comportamiento se explicaría por la menor atención a la salud por parte del género masculino, lo que lo vuelve renuente al uso de servicios sanitarios para medicina preventiva o a participar en actividades relacionadas. Según este organismo y los resultados del censo mencionado, en nuestro país la etnia según auto identificación, que predomina es la mestiza, seguida por las etnias indígena y afro ecuatoriana que juntas hacen el 14% del global ⁽⁴⁷⁾; sin embargo en nuestro estudio evidenciamos una pobra distribución étnica, esto se podría explicar por la ubicación del área de estudio, un área geográficamente cerrada que ha mantenido su población, según testimonio de sus habitantes, compuesta por familias afines mantenidas por décadas.

Las enfermedades no transmisibles son una condición médica considerada no infecciosa o no transmisible. Las enfermedades no transmisibles pueden referirse a enfermedades crónicas, las cuales duran largos períodos de tiempo y que progresan lentamente. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación. Estas son responsables de más del 60% de las muertes, 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

(49)

Tabla 2. Prevalencia de Enfermedades Crónicas en el Adulto Mayor según género.

ECNT	GÉNERO				TOTAL *	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensión Arterial	23	42.5	31	57.5	54	62.7
Diabetes Mellitus	19	35.1	35	64.9	54	62.7
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2	16.6	10	83.4	12	13.9
Enfermedades Cerebrovasculares	0	0	6	11.3	6	6.9

Calculado sobre el Total de Adultos Mayores Estudiados (86)

La Tabla No. 2, refleja el comportamiento de enfermedades crónicas según género en adultos mayores de la Comunidad Tanguarín. La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, con 54 afectados y 62.7 % en ambas enfermedades crónicas por igual, fueron las de mayor prevalencia. Las diabéticas fueron más evidentes con el 64.9 % y 35 casos encontrados, lo que se convierte en agravante de la salud de estas pacientes.

Según el género de presentación se evidencia que el género femenino es, como grupo, el que mayor tasa de patologías crónicas presenta, siendo superior al grupo masculino en tasas de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, EPOC y dislipidemia. A nivel nacional, se evidenció según el estudio SABE, que las mujeres presentan

porcentualmente mayores tasas de prevalencia para la mayoría de patologías crónicas, destacando la diabetes, la hipertensión y la osteoporosis ⁽⁵⁰⁾, según se ha establecido, esta problemática se explica por el metabolismo hormonal en la etapa postmenopáusica, debido a que se evidencia que los estrógenos juegan un papel fundamental en la regulación vascular y del metabolismo lipídico y de carbohidratos y debido a la supresión fisiológica que implica la menopausia, esta ausencia haría a este género susceptible las patologías relacionadas ⁽⁵¹⁾. Esto supone tendría una importante connotación, debido a que justifica campañas de tamizaje precoz de estas patologías en el género femenino como parte de los chequeos rutinarios.

Se define a un factor de riesgo como al evento o determinante que aumenta una situación de peligro determinada. Factores de riesgo tales como los antecedentes de salud de la persona; su estilo de vida y el medio ambiente pueden aumentar las probabilidades de ciertas enfermedades no transmisibles. Entre estas destacan la edad, el género, genética, exposición a contaminación atmosférica; y comportamientos como fumar, dietas malsanas e inactividad física, las cuales pueden causar hipertensión y obesidad, y por ende aumentando así el riesgo de contraer otras enfermedades crónicas. La mayoría de estas patologías son consideradas como prevenibles debido a que son causadas por factores de riesgo modificables.

En la Tabla No. 3, se relacionan las enfermedades crónicas con los factores de riesgo identificados en los adultos mayores. Los afectados por Diabetes Mellitus, presentaron más factores de riesgos asociados, en sentido general, con predominio del sedentarismo en el 37.0 % de ellos. Este predominó en todos los grupos, llamando la atención, de su comportamiento en el 100 % de los que presentaron EPOC y Enfermedades cerebrovasculares, lo que pone de manifiesto la importancia de la actividad física que en la actualidad se promueve dentro de los estilos de vida saludables.

Tabla 3. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas según factores de riesgo asociados.

*Factores de Riesgo ECNT	Dislipidemias		Hábitos Tóxicas		Sedentarismo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensión Arterial	0	0	7	12.9	8	14.8
Diabetes Mellitus	4	7.4	6	11.1	20	37.0
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2	16.6	9	75.0	12	100.0
Enfermedad Cerebrovascular	0	0	1	16.6	6	100.0

Calculado sobre la base del total de adultos mayores con la enfermedad crónica.

Otro dato interesante arrojado por el presente análisis es la relación entre los factores de riesgo con las enfermedades crónicas diagnosticadas. Se pudo establecer que un 12.9% de los individuos con HTA tienen hábitos tóxicos, mientras que del grupo que

padece EPOC, el 75% afirmaron consumir o haber consumido este tipo de sustancias. Se explica esta tendencia al consumo de tabaco como desencadenante demostrado de estas dos patologías, ya que la afectación al endotelio vascular como al epitelio alveolar y bronquial, tiene como principal factor de riesgo al humo de cigarrillo y las sustancias tóxicas derivadas ⁽⁵²⁾. Llama la atención también que del grupo de individuos diagnosticados con diabetes mellitus, el 37% se mantiene inactivo, pese a las recomendaciones establecidas para esta patología. Según reporta la guía ADA 2017 ⁽⁵³⁾, como determinante en el control de la Diabetes mellitus 2, es necesario un mínimo de 150 minutos de actividad para mantener estable los niveles de azúcar en sangre como medidas de primer nivel; sin embargo se establece que el control en el paciente diabético es sumamente complejo y esto se evidencia en la falta de adherencia a las medidas no farmacológicas, entre las cuales, el ejercicio físico apunta a ser la menos atendida.

Estado Nutricional

El Índice de Masa Corporal es un sencillo índice sobre la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos para la talla en centímetros al cuadrado. La OMS define las siguientes 4 categorías principales: Bajo peso < 18,5 kg/m²; Peso normal 18,5 a 24,9 kg/m²; Sobrepeso 25,0 a 29,9 kg/m²; Obesidad ≥ 30,0 kg/m².⁽⁵⁴⁾

Los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas según IMC y género, se reflejan en la Tabla No. 4, el 83.8 %, fueron clasificados con sobrepeso y obesidad, sin grandes diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, la obesidad fue más evidente en las féminas con 27 de ellas y el 72.9 %, en los hombres predominaron los sobrepesos, 19, con 54.3 % de estos.

Tabla 4. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas según Índice de Masa Corporal y género.

ESTADO NUTRICIONAL						
IMC	GÉNERO					
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normopeso	4	28.6	10	71.4	14	16.2
Obesidad	10	27.1	27	72.9	37	43.0
Sobrepeso	19	54.3	16	45.7	35	40.8
TOTAL	33	38.4	53	61.6	86	100.0

En relación a el estudio realizado en España, sobre la Prevalencia de Obesidad y Sobrepeso en adultos mayores, con una población de 418 individuos (196 varones y 222 mujeres) refleja que la mayor población con sobrepeso son los hombres con un

43.9% y las mujeres con un 25.7%, y el resto es la población con obesidad donde no hubo distinción de género. ⁽⁵⁵⁾. En cambio el estudio realizado por una revista chilena indica que las mujeres del estudio presentaron una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en comparación con los hombres, donde fueron evaluados 344 adultos mayores, 204 correspondieron a mujeres y 140 hombres, con un porcentaje de 73% de Sobrepeso y 59% en obesidad. ⁽⁵⁶⁾

El sedentarismo, hábitos tóxicos y dislipidemias, fueron los factores de riesgo encontrados en los adultos mayores de la Comunidad Tanguarín con enfermedades crónicas. Tabla No. 5. Predominó el sedentarismo, en 78 de ellos, representando el 90.6 %, lo que fue más frecuente en las mujeres con el 96.2 %. Sin embargo, los hombres con 37.8%, consumieron más sustancias tóxicas que estas.

Tabla 5. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas según factores de riesgo asociados y género.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sedentarismo	27	72.9	51	96.2	78	90.6
Hábitos tóxicos	14	37.8	10	20.4	24	27.9
Dislipidemias	2	5.4	7	14.2	9	10.4

***Calculado sobre la base del total de adultos mayores con enfermedad crónica por género.**

Analizando estos parámetros encontramos que a nivel país, el 41% de los habitantes se considera regularmente activo, siendo el mayor porcentaje ubicado en el grupo mayor a 50 años; dato que comparativamente supera a lo presentado por nuestro análisis ⁽⁵⁷⁾. Desglosando según género muestra en el presente estudio, se evidencia que el grupo femenino afirma no realizar actividad física, mientras que el grupo masculino refirió realizar actividad física en un 18%; este dato correlaciona a nivel nacional, donde se evidencia que a nivel nacional, el género masculino refiere realizar actividad física con mayor frecuencia, sin embargo la categorización de la misma es incierta ya que no se discrimina entre la actividad física sostenida y el deporte ocasional, el cual presenta mayores tasas en el género masculino, lo que implicaría un riesgo considerando a la actividad física discontinua como tal ⁽⁵¹⁾. En lo referente al consumo de sustancias tóxicas, en el presente estudio se evidencia que el 27.9% de la población mantiene este hábito, siendo mayoritario en el grupo masculino con el

37.8%. Según lo reportado por ENSANUT, el 54% de hombres consume licor en más de una ocasión frente al 25% de mujeres que afirman este hábito; similar ocurre con el cigarrillo donde el 53% de los hombres afirman ser fumadores frente al 27% de mujeres ⁽⁵⁸⁾; Con respecto a las Dislipidemias e hipertrigliceridemia, esta condición fue hallada significativamente mayor en el grupo femenino. Fisiológicamente, el género femenino tiene tendencia a acumular ácidos grasos en forma de triglicéridos con más frecuencia que el masculino en la etapa post menopáusica, lo que incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas sin embargo a nivel global se evidencia que el género masculino presenta niveles de triglicéridos superiores que el femenino. ⁽⁵⁹⁾

El tratamiento farmacológico resulta importante para lograr el control de las enfermedades crónicas, más aún, cuando se trae de pacientes de la tercera edad y con factores de riesgo importantes asociados, los que empeoran el pronóstico y favorecen la aparición de complicaciones. ⁽⁶⁰⁾

La Tabla No. 6, muestra la magnitud en que estos pacientes resultaron controlados farmacológicamente por profesional de la salud. Sólo el 16.2 %, 14, de los hipertensos refirieron tratamiento en el momento de la investigación, predominando los hombres, con el 85.7 % (12). Los diabéticos, presentaron comportamiento similar, con el 13.9 % del total y 66.6 % de los hombres, en los que se encontró seguimiento por parte de los afectados del tratamiento indicado.

Actualmente, se describe la importancia del apego al tratamiento en los portadores de enfermedades crónicas, unido al reconocimiento de la enfermedad y el autocuidado, en los que modificar estilos de vida direccionado hacia el logro de la salud, se encuentran entre los pilares esenciales de atención a estos pacientes.

Tabla 6. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas No Transmisibles según control farmacológico.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLE	GÉNERO				TOTAL *	
	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
Hipertensión Arterial	12	85.7	2	14.3	14	16.2
Diabetes Mellitus -2	8	66.6	4	33.4	12	13.9
Enfermedad Cerebrovascular	2	33.3	4	66.7	6	6.9
EPOC	2	33.3	4	66.7	6	6.9

Calculado sobre la base del total de adultos mayores con enfermedad crónica.

Según el Ministerio de Salud Pública (2016) la mayor parte de la población recibe un tratamiento adecuado para contrarrestar las consecuencias y síntomas de su enfermedad, debido a la implementación y aplicación de políticas públicas en salud.

(60)

CAPITULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Las enfermedades crónicas en la Comunidad Tanguarín afectan con mayor frecuencia a los adultos mayores, de 65 – 70 años de edad y mujeres, predominan en el estudio, los casados, mestizos y con nivel de instrucción primaria terminada. Las Amas de Casa y los Agricultores fueron las labores ocupacionales que más incidieron dentro de los afectados.
- La prevalencia más alta corresponde a Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, siendo las mujeres diabéticas y obesas, las que más evidencian el indicador. El sedentarismo constituyó el factor de riesgo más frecuente seguido del consumo de sustancias tóxicas.
- El apego al tratamiento farmacológico no resultó frecuente en estos pacientes, resultando los hombres y los que padecen de hipertensión arterial los que mostraron cierta conducta de autocuidado en cuanto al seguimiento de las indicaciones terapéuticas sobre su enfermedad.

5.2. Recomendaciones

- Socializar los resultados obtenidos a las autoridades de Salud de la Zona correspondiente, promover el Proceso de Dispensarización en la población estudiada.
- Lograr pesquizaje y seguimiento de las enfermedades crónicas según establece el Modelo de Atención Integral en Salud del Ecuador.
- Desarrollar investigaciones de intervención educativa sobre prevención, control y tratamiento de enfermedades crónicas en la Comunidad de Tanguarín.
- Organizar acciones relacionadas con la promoción y práctica de estilos de vida saludables en los adultos mayores desde la participación comunitaria y familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Soca P.E, Sarmiento Y. Marino Soler A.L, Llorete Y, Rodriguez T, Peña M. Scielo, Universidad de Ciencias Médicas, 2017.
2. Caballero Uribe V, Alonso Palacio L, Enfermedades no transmisibles, Es tiempo de pensar en ellas, Revista Científica Salud Uninorte, 2010 Diciembre;26(2)
3. Organización Mundial de la Salud, Informe de la Situación Mundial de las Enfermedades no Transmisibles, resumen de orientación, 2011
4. Dr. R. Montoya, Enfermedades No Transmisibles, Organización Panamericana de la salud. Ecuador 2014
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Población Adulto Mayor estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica, Pag: 12, 2011.
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Población Adulto Mayor estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica, Pag: 21, 2011
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de información de salud DNEAIS. [Online].; 2016 [cited 2017 Septiembre 21. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbididadambulatoria2016/Men?publish=yes>.
8. OMS. (2014). LA salud de los adultos en peligro. México: OMS.
9. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín, P Miguel Soca , Y Sarmiento Teruel , A Mariño Soler , Y Llorente Columbié , T Rodríguez Graña , M Peña González, 2013
10. Comportamiento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en adultos mayores, Mariano Cuba, 2009.
11. Factores de Riesgo en los adultos mayores con Diabetes Mellitus, Dra. K de la Paz Castillo, Dra. L Fernández, Dr. Y Sánchez, Dra. S Fernández Pérez y Dra. A Mompié Lastre , Santiago de Cuba 2012
12. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión, J. García, D Cardona, M .Segura, O. Garzón, Departamento de Antioquia-Colombia, 2016

13. Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda, España, A López, Javier González, M, Beltrán, Revista Española de Cardiología, 2008
14. Freire B, Ramírez-Luzuriaga, Belmont, Mendieta MJ, Silva-Jaramillo, Romero, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Primera ed. Pública. Quito: 2012.
15. Barrios I, Barrera Ortiz L; Un llamado a Enfermería para responder al cuidado de la salud de las personas en situación de enfermedad crónica por su impacto en su calidad de vida; Barranquilla – Colombia. 2015
16. Ing. Cevallos M. PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL DE LA PARROQUIA DE SAN ANTONIO. 2015
17. GAD GADMdCSMdI. San Antonio de Ibarra. 2015
18. Herrera Jiménez Diana TVSM. Análisis del valor que representa para los pobladores la identidad cultural de la parroquia de San Antonio de Ibarra y propuesta alternativa.
19. T PMA. San Isidro de Tanguarín. DIARIO EL NORTE. 2013 Mayo 14
20. Citho X. Reseña Histórica. 2014
21. A Torres Olmedo, Comportamiento Epidemiológico del Adulto Mayor según su tipología familiar, 2003
22. M Vera, Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2007
23. J Obando, Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Salud Publica, 2012.
24. Libro AMIR ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA, Cardiología y cirugía cardiovascular pag: 245.
25. Amir Medicina, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 2015, pag: 74
26. Manual de Enfermería Oncológica, Instituto Nacional del Cáncer, Argentina, 2013
27. Guía Latinoamericana de EPOC, Asociación Latinoamericana de Torax, 2015
28. Chiasson, J., & Demers, J. (2012). Convivir con la diabetes. México: Pax México.
29. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos, Benet RM, Morejón G, Espinosa B, Landrove O, Peraza A, Cuba 2010.
30. OMS, Obesidad y Sobrepeso, 2017

31. T. García Zenón, Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia, Medicina Interna de México Volumen 28, núm. 2, 2012
32. DR. CARLOS E PROSPERI, (R1) ENDOCRINOLOGIA “HOSPITAL VARGAS” svemonline.org/wp-content/uploads/2016/04/pacientes-dislipidemia-prosperi.pdf
33. O Ceballos Gurrola, J Álvarez Bermúdez, R Medina Rodríguez, Actividad física y calidad de vida en adultos mayores, Un análisis en la Ciudad de Monterrey 2010
34. Dr. R González Menéndez, Salud Mental Maguana, Revista digital informativa, Republica Dominicana, 2013
35. Licda. E León, Manual Educativo y preventivo de las Enfermedades Crónicas no transmisibles y promoción de hábitos de vida saludables, Honduras, 2011
36. J. Albiol Chiva, EPOC y Tabaquismo, Madrid-España, 2015
37. P Nieto MD, Glosario de Epidemiología, Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2015. (A Moreno Altamirano, Principales Medidas en Epidemiología, Salud Publica de México, Vol. 42. 2000)
38. Atención de enfermería en el adulto mayor; Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud , Carrera de Enfermería, Ambato – Ecuador, 2018
39. Pretell Haro. Teorías y Modelos de Enfermería. Primera ed. Marcos. Lima; 2014
40. Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Tesis. Popayán: Universidad De Cauca, Programa de Enfermería; 2012.
41. Constitución de la República del Ecuador
42. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida
43. Ley Orgánica de Salud.
44. Ministerio de Salud Pública. Código de Ética.; 2013
45. Consejo Internacional de enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería.; 2000
46. Universidad de Navarra. Código Deontológico para la profesión de enfermería; 2005
47. INEC. Ecuador en cifras.; 2018 [cited 2018 3 5. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf.

48. INEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 2012. Oficial. Quito: INEC, Comunicaciones; 2013.
49. Enfermedades No Transmisibles Protocolos Clínicos De Atención Integral De Las Y Los Adolescentes Estrategia (IMAN) Servicios. 2012
50. INEC. Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador. Informe Oficial. Quito: INEC, Ecuador en cifras; 2010.
51. Lobo R.A DSRGA,HVW. Prevención de enfermedades después de la menopausia. *Climateric*. 2014 octubre; 17.
52. JNCer. US Hypertension Management Guidelines: A Review of the Recent Past and Recommendations for the Future. *Journal of the American Heart Association*. 2015 Oct.
53. ADA. Standars of medical care in diabetes - 2017. *Diabetes Care*. 2017; 40.
54. Dres. L Flicker, K McCaul, G Hankey, Índice de masa corporal y supervivencia en personas de 70 a 75 años, octubre 2010
55. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles, E. Rodríguez-Rodríguez, B. López-Plaza, A. López y R. Ortega, Madrid mar./abr. 2011.
56. R Borba , M Coelho, P Borges, J da Mota, C González, MEDIDAS DE ESTIMACIÓN DE LA ESTATURA APLICADAS AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES, Santiago nov. 2008.
57. INEC. ENSANUT 2012. QUITO: INEC, Comunicaciones; 2012.
58. Guyton y Hall. Fisiologia medica. In ELSEVIER. Fisiologia medica.: ELSEVIER; 2018.
59. Wilson P RB. Metabolic Syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. *Circulacion*. 2005.
60. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de información de salud DNEAIS. [Online].; 2016 [cited 2017 Septiembre 21. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbilidadambulatoria2016/Men?publish=yes>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... DECLARO que he comprendido adecuadamente la finalidad de este estudio, acepto que se me realice los procedimientos necesarios, así como entiendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento.

.....

Firma

Anexo 2. Ficha Familiar

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CUBO DE		AREA #		CUBO DE LOCALIZACION			NUMERO DE FICHA FAMILIAR		FECHA						
PROVINCIA		CANTON		PARROQUIA		COTAC		MUNICIPIO		4to. CANTON		PROYECTO NACIONAL DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA		CUBO DE REFERENCIA					
MUNICIPIO		MUNICIPIO LOCAL		CORONADO		MUNICIPIO LOCAL		NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA		FECHA DE LLENADO		FECHA DE VIGENCIA							
CUBO DE REFERENCIA AL FINAL DEL AÑO 2014																			
2 MEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD													ACTIVAR CADA UNO DE LOS CUADROS SI HUBIERA UN INDICADOR POSITIVO						
GRUPO	APPELLIDO Y NOMBRES	FAMILIAR	ESTADO DE SALUD	OCCUPACION	EDAD						SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE INSTRUCCION	NIVEL DE INGRESO	NIVEL DE RIESGO	NIVEL DE RIESGO FAMILIAR	NIVEL DE RIESGO FAMILIAR	NIVEL DE RIESGO FAMILIAR	
					11	12	13	14	15	16									17
0-10 AÑOS																			
11-14 AÑOS																			
15-19 AÑOS																			
20-24 AÑOS																			
25-29 AÑOS																			
30-34 AÑOS																			
35-39 AÑOS																			
40-44 AÑOS																			
45-49 AÑOS																			
50-54 AÑOS																			
55-59 AÑOS																			
60-64 AÑOS																			
65-69 AÑOS																			
70-74 AÑOS																			
75-79 AÑOS																			
80-84 AÑOS																			
85-89 AÑOS																			
90-94 AÑOS																			
95-99 AÑOS																			
TOTAL																			
GRUPO	APPELLIDO Y NOMBRES	FECHA DE ÚLTIMA CONSULTA	FECHA PRÓXIMA DEL PARTO	GRUPO DE RIESGO	GRUPO DE INGRESOS				NIVEL DE INGRESO FAMILIAR				NIVEL DE INGRESO FAMILIAR						
					PRIMA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	PRIMA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	PRIMA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA			

3 MORTALIDAD FAMILIAR				4 RESPONSABLE DEL LLENADO			
GRUPO	APPELLIDO Y NOMBRES	FAMILIAR	FECHA DE ÚLTIMA CONSULTA	GRUPO	APPELLIDO Y NOMBRES	FECHA	FECHA

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR																
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACION														
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE:		0. SIN RIESGO	1. RIESGO MUY BAJO	2. RIESGO BAJO	3. RIESGO MODERADO	4. RIESGO ALTO										
A	1 PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA															
	2 PERSONAS CON MALNUTRICION (DESNUTRICION O SOBREPESO)															
	3 PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO															
	4 EMBAZAZADAS CON PROBLEMAS															
	5 PERSONAS CON DECAPACIDAD															
	6 PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES															
B	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA															
	8 MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS															
	9 MALA ELIMINACION DE DESECHOS LIQUIDOS															
	10 IMPACTO ECOLOGICO POR INDUSTRIAS															
	11 ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS															
C	12 POBREZA															
	13 DESEMPLERO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA															
	14 ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE															
	15 DESESTRUCTURACION FAMILIAR															
	16 VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCION															

Anexo 4. Equipo multi-parametros accutrend plus para la medición de Glucosa, triglicéridos y colesterol.



Anexo 5. Tensiómetro digital para la medición de tensión arterial.



Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis junio final.docx (D40509964)
Submitted: 7/5/2018 4:34:00 PM
Submitted By: saritnat93@hotmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

TESIS GERMANIA ROBLES. Carmen VERSION FINAL ENTREGAR corregida.docx (D38675856)
CARLOS QUITO TESIS.docx (D36715983)
CLAUDIA_CECILIA_LUJÁN_DEL_CASTILLO_MAESTRIA_2017.pdf (D29752163)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200014
<http://ayudafamiliar.es/blog/enfermedades-comunes-personas-mayores-12-enfermedades-cronicas-ancianos>
<https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/download/14631/11061>

Instances where selected sources appear:

16

Lo certifico

(Firma) 

Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana

C.I: 1758355158

DIRECTOR DE TESIS

PREVALENCE OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES IN ELDERLY ADULTS OF THE TANGUARÍN COMMUNITY, IMBABURA PROVINCE, ECUADOR.

AUTHOR: Sara Natalí Pazmiño Landeta

E-MAIL: saritnat93@hotmail.com

SUMMARY

Noncommunicable Chronic Diseases constitute a health problem in the present, which is aggravated by the current prevalence in older adults, a population group that increment with the expectation of increasing life in different regions. This descriptive - cross - sectional research was carried out to determine the prevalence of chronic noncommunicable diseases in the older adult from Tanguarín Community during the period 2016 - 2017, for which 86 elderly adults with chronic diseases who fulfilled the previously defined inclusion and exclusion criteria, were studied, the survey was with the consent to participate. The information was collected using forms from the Ministry of Health, Family Record and Senior Adult Form. It was processed using the percentage as a summary measure, represented in graphs and charts for its understanding. It was concluded that these diseases affect more frequently to the elderly people who are 65-70 years of age and as well as the married, mestizo with completed primary education level. Housewives and farmers were the occupational tasks that had the most impact on those affected. The highest prevalence corresponds to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus, being the diabetic and obese women, those who show the most evidence. A sedentary lifestyle was the most frequent risk factor followed by the consumption of toxic substances. The adherence to pharmacological treatment was not frequent in these patients, men and those who suffered from arterial hypertension showed certain behavior of self-care in terms of therapeutic indications about their disease. It was recommended to socialize the results obtained to the corresponding Health authorities, to promote the Process of Dispensarization in the studied population, achieving the screening and monitoring of chronic diseases as established by the Model of Integral Health Care in Ecuador. Develop educational intervention research on prevention, control and treatment of chronic diseases in Tanguarín Community and organize actions related to the promotion and practice of healthy lifestyles in the elderly beginning from community and family participation.

Key words: noncommunicable chronic diseases, elderly, prevalence, dispensarization.

