



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TEMA:

“Influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud n° 8. Año 2018”

AUTOR

Glenda Verónica Figueroa Moran

Trabajo de Titulación

Previo a la obtención del título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TUTORA:

Dra. Niurka Ginorio Suárez

Guayaquil – Ecuador

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por la Dra. Glenda Verónica Figueroa Moran, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Niurka Ginorio Suarez

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Glenda Verónica Figueroa Moran

DECLARO QUE:

El Trabajo de Investigación “**Influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud n° 8. Año 2018**”, Previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Glenda Verónica Figueroa Moran



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

Yo, Glenda Verónica Figueroa Moran

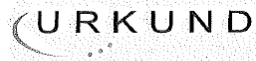
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado **“Influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud n° 8. Año 2018”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Glenda Verónica Figueroa Moran

REPORTE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS GLENDA URCUM.doc (D45643881)
Submitted: 12/12/2018 9:01:00 PM
Submitted By: g.leve.11@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Pronunciamento_20160329.pdf

Instances where selected sources appear:

1

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primeramente a mi Dios, a mis queridos padres que siempre han sido el pilar fundamental en el desarrollo de cada etapa de mi vida y a mi esposo por brindarme siempre su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A mi esposo Stalin Muñoz Villacres quien me brindo su amor, su apoyo incondicional, por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mí tiempo y esfuerzo.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. LANDIVAR VARAS XAVIER
DIRECTOR DE POSGRADO MFC

f. _____

Dra. ARANDA CANOSA SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____

Dr. BATISTA PEREDA YUBEL
OPONENETE

**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA:	“INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y BIOLÓGICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018”
ALUMNO:	GLENDA VERÓNICA FIGUEROA MORAN
FECHA:	

N°	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

INDICE DE CONTENIDOS

REPORTE URKUND	IV
AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
INDICE DE CONTENIDOS	X
INDICE DE TABLAS	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. EL PROBLEMA.....	6
2.1. IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	6
2.2. FORMULACIÓN	6
2.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
2.3.1. GENERAL	7
2.3.2. ESPECÍFICOS.....	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. CONTEXTO HISTÓRICO.....	8
3.2. CONCEPTOS TEÓRICOS DE ENVEJECIMIENTO	9
3.2.1. Envejecimiento.....	9
3.2.2. Gerontología.....	10
3.2.3. Determinantes Sociales de salud.....	13
3.2.4. Factores biopsicosociales	13
3.2.5. Factores Biológicos.....	14
3.2.6. Conceptualización calidad de vida.....	15
3.2.7. Calidad de vida del adulto mayor.....	15
3.2.8. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF	15
3.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	17
3.3.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	17
3.3.2. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982).....	17
3.3.3. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).....	18
3.3.4. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008. ..	18
3.3.5. Plan nacional del buen vivir 2013-2017 (37).....	21
3.3.6 Ley del anciano (gerontológica 2007-2012).....	21
3.3.7 La Carta Magna. -	23
3.3.9 LEY ORGÁNICA DE SALUD, 2006.....	23
3.4. FUNDAMENTACIÓN ÉTICA.....	24
3.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	24
4. MÉTODOS	25
4.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	25
4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
4.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	25

4.2.2	Procedimiento de recolección de la información.....	26
4.2.3.	Técnicas de recolección de información.....	27
4.2.4.	Técnicas de análisis estadístico.....	27
4.2.5.	Variables.....	28
4.2.6.	Operacionalización de variables.....	28
5.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
6.	CONCLUSIONES.....	38
	REFERENCIAS.....	39
	ANEXO 4.....	52

INDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Distribución de adultos mayores según grupos de edad y sexo. Consultorio 2 y 3 del Centro de salud No 8. Año 2018.....	30
Tabla 2:	Distribución de adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud no 8. Año 2018.....	31
Tabla 3:	Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud no 8. Año 2018.....	31
Tabla 4:	Distribución de adultos mayores según nivel de instrucción y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud no 8. Año 2018.....	32
Tabla 5:	Distribución de adultos mayores según factores socioeconómicos y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.....	33
Tabla 6:	Distribución de adultos mayores según factores de riesgo biológico y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.....	34
Tabla 7:	Distribución de adultos mayores según la percepción de calidad de vida y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.....	35
Tabla 8:	Distribución de factores de riesgo socioeconómico con la calidad de vida. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.....	36
Tabla 9:	Distribución de factores de riesgo biológicos de hipertensión arterial con la calidad de vida. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.....	36
Tabla 10:	Distribución de factores de riesgo biológicos de diabetes mellitus con calidad de vida. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.....	37
	De acuerdo con la distribución de factores de riesgo biológicos de diabetes mellitus con la calidad de vida, predominó el nivel medio con 24 personas que corresponde 20.3 %. (Tabla 11).....	37
Tabla 12:	Distribución de factores de riesgo biológicos de asma bronquial con calidad de vida. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.....	37

RESUMEN

Antecedentes: La senectud es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. El aumento de la longevidad se acompaña de un incremento en la prevalencia de morbilidad, sobre todo por enfermedades crónicas y por discapacidades. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, de nivel investigativo relacional, prospectivo y transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en la calidad de vida. Para la obtención de los datos se aplicó las encuestas WHOQOL-BRE y la de estratificación del nivel socioeconómico del INEC. **Resultados:** las características sociodemográficas predominante son el sexo masculino con el 58,5% y el grupo de edad de 65 a 69 años con 50,8%, de ocupación ama de casa 41,5%, estado civil casado 69,5%, nivel de instrucción primaria 49,2%. El factor de riesgo socioeconómico prevalece el nivel medio bajo para un 39%, biológicos predominan la hipertensión arterial con 21.2% y finalmente la percepción de la calidad de vida media con el 66,9%. Se evidencio diferencias significativas entre: el factor riesgo socioeconómico con la calidad de vida $p=0,00$; y los factores de riesgo biológicos diabetes mellitus y asma bronquial con $p=0,00$, $p=0,04$ respectivamente. **Conclusiones:** los factores de riesgos socioeconómicos y biológicos influyen en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor. Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y los factores socioeconómicos, la diabetes mellitus y el asma bronquial como factores biológicos.

Palabras Clave: ADULTOS MAYORES, CALIDAD DE VIDA, SENECTUD

ABSTRACT

Background: Senescence is a natural process, which occurs throughout the life cycle, however, not all people age in the same way. The increase in longevity is accompanied by an increase in the prevalence of morbidity, especially due to chronic diseases and disabilities. **Materials and Methods:** An observational, relational, prospective and cross-sectional investigative study was conducted with the objective of determining the risk factors that influence the quality of life. To obtain the data, the WHOQOL-BRE surveys and the stratification of the socioeconomic level of the INEC were applied. **Results:** the predominant sociodemographic characteristics are the masculine sex with 58.5% and the age group of 65 to 69 years with 50.8%, of housewife occupation 41.5%, marital status married 69.5%, Primary education level 49.2%. The socio-economic risk factor prevailed at the low average level for 39%, biological predominates arterial hypertension with 21.2% and finally the perception of the average quality of life with 66.9%. Significant differences were found between: the socioeconomic risk factor with the quality of life $p = 0.00$; and the biological risk factors diabetes mellitus and bronchial asthma with $p = 0.00$, $p = 0.04$ respectively. **Conclusions:** socioeconomic and biological risk factors influence the self-perception of quality of life of the elderly. There is a statistically significant relationship between quality of life and socioeconomic factors, diabetes mellitus and bronchial asthma as biological factors

Keywords: ELDERLY ADULTS, QUALITY OF LIFE, SENETUD

1. INTRODUCCIÓN

Las personas adultas mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de los adultos mayores tienen una buena salud mental, muchos corren el riesgo de presentar, arteriosclerosis, procesos degenerativos, trastornos mentales, enfermedades invalidantes insuficiencia cardiaca, demencias, enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus con la consiguiente pérdida de capacidad funcional y frecuentemente de autonomía. (1,2)

La senectud en las personas es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma (3). El ciclo vital del envejecimiento de la población a nivel mundial, es un hecho de gran trascendencia social que está suscitando el interés desde múltiples ámbitos como político, económico, sociológico, sanitario y de investigación científica, por las enormes consecuencias que está causando y que se exteriorizará en los próximos años.

El aumento de la longevidad se acompaña de un incremento en la prevalencia de morbilidad, sobre todo por enfermedades crónicas y por discapacidades. La mayor prevalencia de incapacidad como consecuencia de la enfermedad y la necesidad de mayor tiempo de recuperación del estado de salud basal justifica la necesidad de cuidados preventivos, progresivos y continuados. El objetivo de las actividades preventivas en este grupo de edad no es tanto el aumento de la expectativa de vida sino el de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. (4)

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto que el avance social está orientado hacia esa dirección: buscar un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida. (5)

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen estrategias de acción para la atención apropiada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad (6).

A nivel mundial la esperanza promedio de vida aumentó a 73 años para la mujer nacida en los 2012 y 68 años para el hombre, como consecuencia de progresos en la lucha contra enfermedades y la mortalidad infantil, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, este incremento en la esperanza de vida de la población no siempre se asocia a una buena calidad de la misma (7)

Entre 2015 y 2050 el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. “La pauta del envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado” (8).

En Europa, España es uno de los países con una esperanza de vida más larga, 85.1 años en las mujeres y 79.2 en los hombres. Las proyecciones poblacionales para los

próximos años indican un continuo aumento de estas cifras y un estrechamiento de la diferencia entre ambos sexos. (7).

En América del Sur, Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años, dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía. Para el año 2025, las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo de edad (375.000 individuos). A pesar de esto Uruguay tan solo presenta una esperanza de vida general de 77.3 años (9).

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar sus sistemas sanitarios y sociales. De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Social, “CASEN 2013, a nivel nacional el porcentaje de población mayor alcanza el 16,7%, lo cual sitúa a Chile, según la categorización de las Naciones Unidas, en un proceso de envejecimiento avanzado” (10). Chile es el país que presenta la esperanza de vida general más larga de América Latina con 79.5 años, seguido muy de cerca de Cuba con una esperanza de vida general de 79.4 años. Mientras que la menor esperanza de vida se registra en el África subsahariana, donde nueve países tienen una expectativa de menos de 55 años para ambos sexos (11).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%). A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado,

38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder (12)

En el Ecuador, la población de adultos mayores proyectada para el 2014 fue de 1.077.587, que representa 6.7 % de la población total, para el 2025 llegará a 1.353.152, que representará el 9%; de este grupo el 29% son jubilados, el 2% tienen seguros privados, y el 69% se encuentran desprotegidos. Las provincias en el Ecuador con más población adulta mayor son: Guayas con cerca de 100.000 personas, Pichincha que bordea las 70.000, sigue Manabí con cerca de 35.000 habitantes adultos mayores (13).

Las mujeres adultas mayores en relación a los hombres adultos mayores, son mayoría con una diferencia aproximada de 5.000 personas, este dato confirma que en el Ecuador la mayor esperanza de vida la tienen las mujeres (14). Según los datos de la Organización Mundial de la salud OMS 2014, Ecuador presenta una esperanza de vida general de 76 años (73 años hombres y 79 años mujeres) (11).

El envejecimiento es un proceso biológico natural del ser humano, irreversible marcado por cambios en el ciclo vital que determinan a la persona a alteraciones en el bienestar físico y la satisfacción de vida, ya que es un ciclo de vida único e inevitable que tiene particularidades propias que implican un costo personal y social importante para alcanzar un envejecimiento con calidad, que no se limite solo a la disminución de las enfermedades, sino a una vida con condiciones adecuadas tanto físicas, psicológicas y ambientales. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, las causas están relacionadas con los estilos de vida, medio ambiente, exposición a factores de riesgo, posibilidad de acceso a la educación a la promoción de la salud, hábitos saludables cuyos efectos aparecen al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad de la persona adulta mayor.

Por otro lado en la sociedad se producen cambios sociales y culturales que intervienen positiva o negativamente en las condiciones y calidad de vida de los que envejecen tales como: la pérdida del trabajo, jubilación, disminución de los ingresos económicos,

etc., Es por esto que la familia tiene un rol importante en el envejecimiento de los integrantes de más edad, ya que al estar fuera de un ambiente laboral y dejar de ser productivos están aislados de las actividades sociales, convirtiéndose así la familia en su espacio de desenvolvimiento y desarrollo personal; que en varias ocasiones este espacio se complejiza puesto que al estar compuesto por varias generaciones se producen, fricciones, desavenencia e inestabilidad, surgiendo crisis que conllevan al distanciamiento o abandono, al alejamiento o desentendimiento sobre la vida del adulto mayor. Surge aquí la necesidad de afrontar la vejez no como un problema sino como un proceso que requiere atención desde el auto concepto y el concepto familiar.

La percepción de la calidad de vida está asociada a la personalidad, al bienestar que experimentan las personas y que están intrínsecamente relacionados con la salud, factores económicos, interacción social y ambiental.

Teniendo en cuenta lo mencionado, los consultorios No 2 y 3 de medicina familiar y comunitaria del centro de salud No 8, trabajan con un grupo de población envejecida avanzada, motivo por el cual surge el interés por realizar el estudio y, además que a nivel local no existen investigaciones científicas en el que se evidencie la influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor. Por lo tanto, el presente trabajo es un aporte sobre datos locales de los factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor, que servirán para plantear estrategias de educación y modificación en los estilos de vida.

2. EL PROBLEMA

2.1. Identificación, Valoración y Planteamiento

La longevidad es un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, como la etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales, constituye hoy en día uno de los problemas sociales que reclaman la mayor atención (13). Uno de los problemas que está enfrentando el mundo y por ende nuestro país es el “acelerado proceso de transformación demográfica, caracterizado por el aumento considerable de la población adulta mayor, debido al incremento de la expectativa de vida con disminución de la mortalidad y fecundidad, que conlleva a la aparición de nuevos retos que tiene que afrontar el Estado” (15).

En el Ecuador, según las estimaciones oficiales, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 años: 73.3 años para la población masculina y 78.2 años para la población femenina, con una proyección para el 2050 de 80,5 años (16).

La relevancia del problema en este grupo vulnerable ha motivado la realización del presente estudio, siendo necesario para ello relacionar la calidad de vida con los factores influyentes, tales como la situación sociodemográfica y socioeconómica del adulto mayor en el consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8, durante período comprendido entre Agosto 2017 a agosto 2018, ya que también se enfrentan a cambios de funciones y condiciones de absoluta pobreza y abandono familiar, estableciéndose esto como problema de salud que tiene una prioridad por la magnitud y relevancia, teniendo en cuenta que existen factores de riesgo psicosociales que influyen en la calidad de vida del adulto mayor.

2.2. Formulación

¿Cuál es la influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio 2 y 3 del centro de salud N° 8 Año 2018?

2.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.3.1. General

Asociar los factores socioeconómicos y biológicos con la calidad de vida del adulto mayor de los consultorios 2 y 3 del centro salud No 8. Año 2018.

2.3.2. Específicos

- Caracterizar los adultos mayores según variables sociodemográficas
- Identificar los factores de riesgo socioeconómicos y biológicos presentes en el adulto mayor
- Determinar la calidad de vida del adulto mayor en la población de estudio
- Determinar la posible asociación entre los factores de riesgo socioeconómico y biológico con la calidad de vida.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Contexto Histórico

El interés por el proceso de envejecimiento en general surgió a mediados del siglo XX, cuando los científicos volvían de la Segunda Guerra Mundial y se enfrentaban a una población cada vez mayor. Entonces, una vez vencidas muchas enfermedades infecciosas, por primera vez en la historia era habitual que la gente llegara a una edad avanzada. A finales de los años cuarenta, el Instituto Nacional de la salud patrocinó un instituto de la vejez. En ese mismo periodo se constituyeron la Sociedad Gerontológica de América y la División de la Madurez de la Vejez, llamada hoy División del Desarrollo de los Adultos y de la Vejez de la Asociación Psicológica Americana (17). Envejecer se considera hoy un privilegio y un importante logro social, pero también constituye un trascendente reto para el siglo XXI, porque el impacto del cada vez más elevado número de personas ancianas, conlleva consecuencias todavía imprevisibles. (1)

En la Asamblea de las Naciones Unidas celebrada en Viena en el verano de 1982 se puso de relieve que la población mundial pasara de 4.100 millones de personas en 1975 a 8.200 millones en 2025 lo que significa un incremento del 102%. En este periodo la población de personas de más de 60 años, que en el año 1975 era de 350 millones, pasará a ser en el año 2025 de 1.100 millones produciéndose un incremento de 224% (1).

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002, celebrada en Madrid (OPS/OMS, 2002), convocó a 142 países miembros de las Naciones Unidas con el objeto de evaluar el estado de avance de las recomendaciones del Plan de Acción de Envejecimiento de la Primera Asamblea celebrada en Viena en 1982 (Naciones Unidas, 1982), y aprobar una declaración política de los gobiernos y un plan de acción internacional que mejoraría las condiciones de vida de la población adulta mayor (18).

En general, las políticas internacionales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización

(Belenguer, 2000). Así, la planificación y distribución de los servicios para los ancianos debe dar respuesta a sus necesidades específicas, e idealmente el sistema de servicios debe incluir "servicios para el anciano relativamente sano e independiente, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieren apoyos y servicios para aquellos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado".(18).

En Ecuador en el año 2009, Wilma Freire, como investigadora principal; el Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Inclusión Social conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); el Ministerio de Salud Pública, La Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica y Gerontología y la Universidad San Francisco de Quito, realizó un estudio con la aplicación de la “Encuesta Sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE), cuyo objetivo es describir y analizar las condiciones de salud, nutrición, estado cognitivo, estado funcional, acceso y uso a medicamentos, existencia de redes de apoyo familiar y social, la historia laboral, acceso y uso a servicios y condiciones de la vivienda, de la población ecuatoriana de adultos mayores; para que sirva de sustento al diseño de políticas, estrategias y programas (19).

Dicha encuesta se aplicó a los adultos mayores de 60 años y más de 15 provincias de la costa y sierra, áreas rural y urbana, Quito, Guayaquil, pertenecientes a 10.368 viviendas; 6.100 adultos mayores, cuyos resultados fueron: Los datos muestran características y procesos de envejecimiento a nivel individual en términos de sus aspectos físicos, mentales y emocionales. En gran parte, las diferencias en los patrones de salud y bienestar al interior del país se deben a los altos niveles de desigualdad, tanto en los ingresos como en el acceso y uso de los servicios de salud, situación que se agudiza en el Ecuador por la existencia de un sistema de salud segmentado, conformado por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas que atienden a diferentes grupos poblacionales. (19).

3.2. Conceptos Teóricos de envejecimiento

3.2.1. Envejecimiento

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento de riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado

con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y parejas. (8).

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 20 al 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano. Es un proceso universal, progresivo e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos, progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable, individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo (20).

Aunque se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento podemos decir que “es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente (16). Actualmente, el envejecimiento es un fenómeno global que tiene enormes consecuencias económicas, sociales y políticas.

3.2.2. Gerontología

Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general, así como las modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que se producen en la senectud. (16). Según Paradela (21) la gerontología es una disciplina que se ocupa de lo que normalmente ocurre durante el proceso de envejecimiento y el estudio propio de la vejez. Este fenómeno de envejecimiento de la población, considerado tanto en términos absolutos como relativos, se debe principalmente a tres factores: disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, descenso de la tasa de natalidad (que afecta en mayor medida a algunos países.).

A la etapa del ciclo vital humano relacionado con el envejecimiento se le han dado algunas denominaciones, como vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, adulto mayor, entre otros, los cuales tienen diversas definiciones y parentescos, algunas percibidas como negativas; los términos anteriormente enunciados presentan complejidad para la conceptualización, depende de las ideas, valores, creencias y

expectativas de cada individuo, de la familia y de la sociedad, así como del paradigma científico del que nos posicionemos (22)

Vejez

Es la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiere. Por otro lado, hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo (23).

Ancianidad

Hace referencia a la etapa que comprende el final de la vida, la cual se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza esta edad por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona una sensible y progresiva baja de la actividad mental. El individuo va perdiendo el interés por las cosas de la vida y va viviendo más en función del pasado, que evoca constantemente ya que el presente y el futuro le ofrecen en realidad muy pocas perspectivas (24).

Tercera edad

Es una etapa evolutiva del ser humano que tiene varias dimensiones. Es un fenómeno biológico porque afecta a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica y económica porque se han alargado las posibilidades de vida y se debe mantener a esas personas. Es también un fenómeno psicológico, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional (23).

Longevidad

Es la máxima duración posible de la vida humana. Es un concepto aplicable a la especie y hace referencia a la extensión en años de vida o la existencia. La longevidad significa larga vida y no se refiere solo a vivir por un largo espacio de tiempo, significa también vivir en buena salud y mantener una buena vida, independiente (24).

Adulto mayor

La organización panamericana de la salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento (25). El 1 de octubre se celebra el día internacional del Adulto mayor, fue fijado por la Naciones Unidas en memoria de Ema Godoy Lobato, quién fue una reconocida escritora mexicana, promotora de la dignificación de la vejez. (8)

Según el acuerdo de Kiev, de 1979 la OMS considera adultos mayores a las personas de más de 60 años para quienes viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. (16,25). En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública considera al grupo de edad de 65 años y más como adulto mayor.

El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia. Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de envejecimiento y modifica el curso del mismo, se habla de envejecimiento patológico (16).

La vejez no es una enfermedad, aun cuando cierto porcentaje de adultos mayores desarrollan discapacidades como consecuencia o complicación de enfermedades crónico -degenerativas provocadas por el envejecimiento, pero es necesario tomar en cuenta que algunas de las enfermedades base, ya se encuentran en el organismo treinta años antes, por ejemplo: diabetes, artritis, cardiopatías, disturbios cognitivos, etc.

La senectud se caracteriza por aparición de entidades clínicas típicas de la edad avanzada, por ejemplo: un ligero resfriado ambiental como los cambios de estación que en un joven causaría solo un resfriado y tras un período delimitado se recupera con rapidez, en el adulto mayor suele provocar bronquitis o neumonía, persistiendo la disnea y debilidad por mucho tiempo. (16)

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios, lo cual en

el Ecuador no sucede (26).

3.2.3. Determinantes Sociales de salud

El análisis de determinantes sociales y equidad en salud pretende comprender la génesis biopsicosocial del proceso salud enfermedad, entendiendo las determinantes como las condiciones sociales en las cuales una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece (OMS 2005), esto incluye aspectos económicos, políticos, culturales, así como aspectos relacionados con los sistemas de salud (27,28).

Los determinantes sociales de salud están estrechamente vinculado al análisis de inequidades sanitaria, que se entienden como las desigualdades injustas y evitables que son explicadas, precisamente, por los determinantes sociales de salud. (27,28)

Son las condiciones sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas en el estado de salud. De acuerdo con algunos puntos de vista, la distribución de los determinantes sociales de la salud está relacionada con la política pública, que manifiesta la ideología del grupo en el gobierno dentro de una jurisdicción. (28).

El envejecimiento es un fenómeno universal, progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social.

3.2.4. Factores biopsicosociales

El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre lo genético intrínsecos y lo ambiental extrínsecos.

Factores intrínsecos (del interior de la persona de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida (29).

Factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares y el cáncer antes de la tercera edad, y solo una política de orden social y sanitaria, que promueva mejores estilos de vida, posibilitara aumentar la expectativa de vida de los ancianos (29).

En diversos estudios socioeconómicos, los adultos mayores se consideran como un grupo vulnerable debido a que los problemas de salud a los que se enfrentan pueden limitarles sus capacidades laborales en ausencia de la protección de la seguridad social. Los estudios cuantitativos sobre el tema utilizan indicadores objetivos: pobreza medida según Necesidades Básicas Insatisfechas o según Línea de Pobreza, posesión de activos, niveles de ingreso, etc. Las recientes encuestas sobre envejecimiento en América Latina han incluido el tema de la percepción de la situación económica propia (28,30).

3.2.5. Factores Biológicos

El envejecimiento en cuanto al determinante biológico, se producen cambios a escala celular, molecular en órganos y tejidos. Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Se observan cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo (29).

Entre las afecciones más comunes de la vejez aparecen problemas de salud física tales como: mayor frecuencia las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial, etc.), con tendencia a la disfunción y a la discapacidad, además cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello, osteoartritis, neuropatías obstructivas crónicas, depresión, demencia, afecciones por infecciones, procesos neoplásicos y degenerativos (8,29). A medida que la persona envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencias de múltiples factores subyacentes que incluyen los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas estados delirantes y úlceras por presión. Los síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. (8).

Factores que influyen en el envejecimiento saludable

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. (8).

3.2.6. Conceptualización calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos dice que la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (31).

Calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores (32).

3.2.7. Calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida en el adulto mayor según Velandia (33) es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez

3.2.8. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

En la década de 1990-99 la OMS reunió un grupo de investigadores de diferentes países para obtener una definición consensuada de calidad de vida y desarrollar un instrumento para medirla que fuera aplicable transculturalmente.

El primero de estos fue el WHOQOL-100. Posteriormente, se seleccionó la mejor pregunta de cada una de las facetas, obteniéndose el WHOQOL-BREF, que produce un perfil de calidad de vida de cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente (34).

La encuesta de percepción de calidad de vida (WHOQOL BREF), fue diseñada por la Organización Mundial de la Salud, aplicada en muchos estudios en varios países, se compone de 26 preguntas, 4 dominios (salud física, psicológico, relaciones sociales y ambiente), cuya escala de medición es ordinal con puntajes de:

- Baja: 69 o menos
- Media 70 - 99
- Alta: 100 - 130.

1.- Salud física: preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.

- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?
- ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?
- ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?
- ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?
- ¿Cuán satisfecho está con su sueño?
- ¿Cuán satisfecha está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria
- ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

2.- Salud psicológica: preguntas 5, 6, 7, 11, 19, 26.

- ¿Cuánto disfruta de la vida?
- ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?
- ¿Cuál es su capacidad de concentración?
- ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?
- ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?
- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

3.- Relaciones sociales: preguntas 20, 21, 22.

¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

4.- Ambiente: preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

¿Cuán satisfecho está con su transporte?

3.3. Fundamentación legal

3.3.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Establece que todas las personas son libres e iguales en derechos y en dignidad. Esta disposición general implica que las personas mayores también tienen derecho a gozar de sus derechos humanos básicos y confiere a todas las personas todos los derechos y libertades establecidos en la declaración, sin distinción de ningún tipo, como raza, color, sexo, idioma, religión, ideología política o de otro tipo, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estatus (35).

3.3.2. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982).

Esta herramienta es el primer instrumento internacional sobre el envejecimiento. Proporciona pautas sobre las políticas para preservar la salud, así como proporcionar atención de rehabilitación y preventiva a personas mayores. Este documento fue aprobado por la Asamblea General y debe ser utilizado por los Estados Miembros para

salvaguardar los derechos de las personas mayores dentro del contexto de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos. Las 62 recomendaciones del Plan aconsejan que cada país responda a las tendencias demográficas dentro del contexto de sus propias tradiciones, estructuras y valores culturales a fin de que las personas de todas las edades participen para crear un equilibrio entre los esfuerzos tradicionales e innovadores para lograr un desarrollo armonioso. (14)

3.3.3. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

Este plan enumera los objetivos y las recomendaciones determinados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002. El plan garantiza “promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluyendo el derecho al desarrollo”. Además, este documento combate la discriminación por edad y promueve la dignidad de las personas mayores. Adicionalmente, el documento reconoce la habilidad de las personas mayores para contribuir en la sociedad. El plan pide cambios en las actitudes, políticas y prácticas para que las personas mayores puedan lograr su máximo potencial. (14)

Internacionalmente los derechos de los adultos mayores se mencionan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez”. Sin embargo, en los países de América Latina las normas de protección de los adultos mayores son de reciente aplicación y cumplimiento, pues se inician a finales de la década de los 80.

3.3.4. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008.

Conforma el marco legal, conceptual y ético que refleja una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades. Reconoce al adulto mayor como un grupo de atención prioritaria, mientras que la de 1998 las concebía entre los grupos vulnerables.

Art. 1. Igualdad y no discriminación.

Art. 11, literal 8, expresa que los derechos se desarrollarán de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio (36). Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.

El enfoque de derechos y de justicia que atraviesa y guía la construcción de la Agenda de política para personas adultas mayores es una medida para corregir las desigualdades e injusticias sufridas por hombres y mujeres mayores de 65 años. Esto repercute negativamente en el desarrollo integral de nuestra sociedad (36).

Art. 35. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria (36).

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia, se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. (36)

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: (36)

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones
3. La jubilación universal
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos
5. Exenciones en el régimen tributario
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias

propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. (36)

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

Art. 62 y 95. Derechos políticos de las personas adultas mayores (36).

Art. 66. Derechos de libertad: vida libre de violencia (36).

Artículo 67.- Se reconoce la familia en sus diversos tipos, el estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines.”

Art. 363. Atención integral de la salud (36).

3.3.5. Plan nacional del buen vivir 2013-2017 (37)

- a. Impulsar la protección social integral y seguridad social solidaria de la población con calidad y eficiencia a lo largo de la vida con principios de igualdad, justicia, dignidad, interculturalidad.
 - b. Ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social con especial atención para adultos mayores, mujeres, personas con discapacidades y personas que realizan trabajos no remunerados.
 - f. Articular los programas de protección social con programas de economía social y solidaria que favorezcan la formación y fortalecimiento de redes que incluyan a mujeres, grupos de atención prioritaria, pueblos y nacionalidades.
 - g. Incrementar el acceso de los grupos de atención prioritaria a servicios especializados en los ámbitos público y privado, con especial énfasis a las personas en condición de múltiple vulnerabilidad.
- Política 1.3. Promover la inclusión social y económica con enfoque de género, intercultural e intergeneracional para generar condiciones de equidad.
- f. Reducir las brechas de ingreso y de segregación ocupacional que afectan a mujeres, grupos de atención prioritaria, pueblos y nacionalidades.”

3.3.6 Ley del anciano (gerontológica 2007-2012)

“Ley no. 127, considera que debido a la crisis social y económica por la que atraviesa el país, el grupo de la tercera edad se enfrenta a graves problemas de marginación; que este importante grupo humano ya cumplió con sus deberes sociales y que, le corresponde al estado garantizarle el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y servicios sociales necesarios para que continúe brindando su aporte al conglomerado social (38).

Art. 5.- Las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.

Art. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las Facultades de Medicina de las Universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y

gerontología, que se ejecutarán en los hospitales gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependan de los Ministerios de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 9.- Establece la Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social, para la protección de los derechos económico-sociales y reclamaciones legales del anciano. Sus atribuciones constarán en el Reglamento.

CAPÍTULO IV - DE LA EDUCACIÓN

Art. 16.- En el programa de estudios de los niveles primario y medio se incluirán temas relacionados con la población de la tercera edad. Los estudiantes del sexto curso de nivel medio podrán acogerse al trabajo de voluntariado en los hogares de ancianos del país, previa a la obtención del título de bachiller, como opción alternativa a otras actividades de carácter social.

CAPÍTULO VI - INFRACCIONES Y SANCIONES

Art. 21.- Se considerarán infracciones en contra del anciano.

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta ley
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas
- e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad

Art. 22.- Las infracciones señaladas en el artículo anterior serán sancionadas con: Amonestación y multas.”

3.3.7 La Carta Magna. –

En el artículo 47, establece que las personas de la tercera edad que son un grupo vulnerable reciban atención prioritaria, preferente y especializada, en los ámbitos público y privado. (26)

3.3.8 La Ley Orgánica de Salud

En su artículo 6, numeral 3, ordena: es responsabilidad del ministerio de salud pública: diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo a sus condiciones particulares (37)

3.3.9 LEY ORGÁNICA DE SALUD, 2006

Esta ley ratifica los derechos de los pacientes y de entre ellos se resalta el que dice que tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad sin ser rechazado por la etnia, escolaridad, área geográfica de origen, orientación sexual, religión o política; además el Estado propiciará el interés nacional sobre enfermedades catastróficas raras o aisladas y si llegara a padecer el adulto mayor se lo considerará como una persona con doble vulnerabilidad; situación que es beneficiosa para este grupo poblacional.

La Propuesta de la Política Pública para personas adultas mayores impulsa, como valor supremo, el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y, por tanto, a los derechos que de ellos se desprenden. Pero, sobre todo, atenderá al fortalecimiento de las relaciones familiares para que los adultos mayores sean asumidos por sus hijos, hijas, nietos, nietas y todos los integrantes de la familia que ellos engendraron. Por lo tanto, la Agenda de la política para personas adultas mayores procurará que ella, las instituciones, organizaciones, familia y el entorno social en general, apoyen y garanticen la integridad y el bienestar físico y psicosocial, es decir una buena calidad de vida.

Las leyes, políticas, artículos se han ido modificando permanentemente; están orientados a la gestión que mediante la planificación e inversión contribuyen al bienestar de la sociedad en general. Estos cambios se amparan en la Constitución Política del Ecuador aprobada en el 2008, y en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 ahora Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013 – 2017.

3.4. Fundamentación Ética

En Ecuador la Constitución Política de la República del Ecuador, no hace una referencia específica al consentimiento informado, pero en la Ley Orgánica de la Salud, y en el Código de Ética Médica del Ecuador, se detalla en forma clara sobre este tema (39).

Antes de autorizar el consentimiento, los adultos mayores sometidos a la investigación o su representante legal tienen que haber sido informados de forma absoluta por el profesional de salud que lleva a cabo la investigación sobre la naturaleza, la importancia, trascendencia y los riesgos del estudio, el profesional de salud tiene que asegurarse de que la información sea entendida por los adultos mayores que participan en el estudio, así como pueden, en cualquier momento, desautorizar su consentimiento sin tener que explicitar la causa. (39)

3.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

El bajo nivel de instrucción, el estado civil no acompañado, la desocupación, el bajo nivel socioeconómico y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles disminuyen la calidad de vida del adulto mayor.

4. MÉTODOS

4.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de acuerdo al propósito de la investigación y los objetivos planteados en la población adulta mayor del consultorio No 2 y 3 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 8 en el año 2018; de nivel investigativo relacional ya que se relacionan dos variables (bivariado), observacional por no existir intervención del investigador, prospectivo al recoger los datos de fuente de información primaria, transversal por ser medidas las variables en una sola ocasión y analítico al intervenir en el estudio más de una variable.

4.2 Diseño de la investigación

4.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio estuvo constituida por todas las personas de 65 años y más de los consultorios 2 y 3 del centro de salud No 8, que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

Adulto mayor con deterioro cognitivo y/o discapacidad intelectual que le impida contestar la encuesta.

4.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los adultos mayores que desearon colaborar en la investigación (Anexo 1).

La recolección de datos se realizó en el periodo de marzo a julio del año 2018, entrevistando a las personas de 65 años y más, a los que se les aplicó una encuesta estructurada cuyo instrumento es un cuestionario que contiene preguntas basadas en el INEC para identificar el nivel socioeconómico del adulto mayor y la escala de WHOQOL-BREF para medir la percepción de la calidad de vida de la población del centro salud No 8, de cada una de las personas que participaron en el estudio.

Para la recolección de datos se utilizó un modelo que incluyó la información del adulto mayor sobre su percepción y la de sus familiares acerca de la calidad de vida a través de la aplicación de la encuesta de percepción de calidad de vida (WHOQOL BREF) (31), diseñada por la Organización Mundial de la Salud, aplicada en muchos estudios en varios países, se compone de 26 preguntas, 4 dominios (salud física, psicológico, relaciones sociales y ambiente). Al igual se aplicó la encuesta del Instituto Nacional Estadística y Censo (INEC), para estratificar el nivel socioeconómico de la población de estudio, se compone de 25 preguntas, 6 dominios (característica de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación y actividad económica del hogar). (13)

4.2.3. Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado Civil	Encuesta
Factores riesgo socioeconómicos/ biológicos	Encuesta
Nivel Socioeconómico	Encuesta (INEC)
Calidad de vida	Encuesta (WHOQOL BREF)

4.2.4. Técnicas de análisis estadístico.

Para la entrada y gestión informática de los datos se transcribió la información en el software Microsoft Excel 2010, utilizando las columnas para la variable y las filas para cada uno de las unidades de estudio, posteriormente se transportó esta base de datos al programa estadístico SPSS versión 22 para procesar los datos construyendo tablas para su presentación. La prueba estadística que se utilizó para probar la hipótesis fue Chi cuadrado para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

4.2.5. Variables.

4.2.6. Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor Final	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos en grupos	65 – 69 70 – 74 75 – 79 80 – 84 85 y más	Numérica discreta
Sexo	caracteres sexuales externos	Femenino Masculino	Catagórica nominal dicotómica
Nivel de instrucción	Ultimo nivel escolar aprobado	Sin escolaridad Básico Bachiller Superior Especialidad	Catagórica ordinal
Ocupación	Actividad laboral que desempeña	Ama de casa Obrero Cuenta propia Empleada domestica Jornalero jubilado	Catagórica nominal politómica
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltero Casado Unión libre Separado Viudo	Catagórica nominal politómica
Factores de riesgo biológicos	Diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles	Hipertensión arterial Diabetes Asma bronquial EPOC	Catagórica nominal politómica

Nivel Socioeconómico (puntaje para estratificar nivel socioeconómico del INEC)	0-316	Bajo	Categoría ordinal
	316.1-535	Medio bajo	
	535.1-696	Medio típico	
	696.1-845	Medio alto	
	845.1-1000	Alto	
Calidad de vida (Escala de WHOQOL-BREF)	69 0 menos puntos	Baja	Categoría ordinal
	79-99 puntos	Media	
	100-130 puntos	Alta	

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados del primer objetivo se presentan en las tablas de la 1 a la 4, con las variables sociodemográficas seleccionadas.

Tabla 1: Distribución de adultos mayores según grupos de edad y sexo. Consultorio 2 y 3 del Centro de salud No 8. Año 2018

Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
65 a 69	30	25,4	30	25,4	60	50,8
70 a 74	11	9,3	6	5,1	17	14,4
75 a 79	8	6,8	22	18,6	30	25,4
80 a 84	0	0	8	6,8	8	6,8
85 y mas	0	0	3	2,5	3	2,5
Total	49	41,5	69	58,5	118	100

La edad promedio de los 118 adultos mayores incluidos en el estudio es de 71,31±5,98 años, la edad mínima fue 65 y la máxima 87; el grupo de edad de mayor frecuencia es de 65 a 69 años con 60 personas que corresponde al 50,8% y en menor porcentaje de 85 años y más que representa el 2.5%; predominando sexo masculino con 69 personas que corresponde al 58.5% y con 41,5% que corresponde a 49 mujeres. (Tabla 1)

El adulto mayor es un grupo de población con características sociodemográficas, socioeconómicas, psicoemocionales y biológicas muy complejas. Como se ha comprobado, en el presente trabajo, predomina el sexo masculino para un 58.5% y que según la encuesta condiciones de vida, (ECV) 5ta. Ronda, la población total de adultos mayores, de la ciudad de Quito urbana, es de 5,5 % adultos mayores hombres y 6,4 % de adultas mayores mujeres (40). Asimismo, en un estudio realizado en Tamaulipas, México, por Saavedra-González y colaboradores (41), en el año 2016, predominó el sexo femenino y una edad promedio de 70,2 años, resultados que no se relaciona con el de la autora.

Tabla 2: Distribución de adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud no 8. Año 2018.

Ocupación	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cuenta propia	1	0,84	44	37,29	45	38,13
Ama de casa	48	40,68	0	0	48	40,68
Jubilado	0	0	25	21,19	25	21,19
Total	49	41,52	69	58,48	118	100

En la tabla 2 de la distribución de adultos mayores según ocupación y sexo, predomino las amas de casa con 48 que corresponde al 40.68% y jubilado fue el de menor frecuencia con 25 personas masculinas para un 21,19% (Tabla 2)

En lo referente a la situación laboral, en un artículo publicado por Zavala M. (42). México en el 2016, refleja que predominan las mujeres cuya ocupación principal son las labores del hogar para un 64% coincidiendo este resultado con el de la autora. Mientras que, en la investigación realizada por Zambrano D. en Limonar, Matanzas Cuba 2014 predominaron los jubilados (43).

Tabla 3: Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud no 8. Año 2018.

Estado Civil	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Casado	33	28,0	49	41,5	82	69,5
Unión libre	8	6,8	3	2,5	11	9,3
Separado	8	6,8	6	5,1	14	11,9
Viudo	0	0,0	11	9,3	11	9,3
Total	49	41,5	69	58,5	118	100

De acuerdo a la distribución de adultos mayores según estado civil y sexo, se evidencio que predomino casado con 82 personas que corresponde 69,5% (41,5% masculino y femenino 28%), y en menor frecuencia unión libre y viudo para un 9.3%. (Tabla 3)

En referencia al estado civil de los longevos, en la investigación realizada por De la Pedraja y colaboradores, (44) 2016, sus resultados son comparables con los encontrados por Martínez Queroll y Pérez Martínez (45) cuba 2016, que revelan que el estado civil más frecuente, era la viudez. Ambos resultados difieren de los de la autora. En la encuesta de condiciones de vida, de la población adulto mayor en la ciudad de Quito, realizada en el año 2008, seis de cada diez adultos mayores eran casados o vivían en unión libre y tres de cada diez adultos mayores eran viudos (40).

Tabla 4: Distribución de adultos mayores según nivel de instrucción y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud no 8. Año 2018.

Nivel Instrucción	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	19	16,1	39	33,1	58	49,2
Ciclo Básico	16	13,5	22	18,6	38	32,2
Bachillerato	14	11,9	8	6,8	22	18,6
Total	49	41,5	69	58,5	118	100

De acuerdo a la distribución de adultos mayores según nivel de instrucción y sexo, se evidencio que en la población de estudio prevaleció el nivel primario con 58 personas que corresponde al 49.2% (masculino 33.1% y femenino 16.1%) y el de menor frecuencia bachillerato con 22 adultos mayores solamente para un 18.6% (masculino 6.8% y femenino 11.9%). (Tabla 4)

En un estudio mexicano año 2016 de Zavala M (42) Sobre depresión y funcionamiento familiar, obtuvieron que la mayoría de los adultos mayores (83 %) y sobre todo mujeres, tenían bajo nivel de escolaridad. Mientras que en el estudio realizado en la Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazaret” en Cuenca (46), predominó entre los adultos mayores como nivel de instrucción, el primario. Resultado similar al encontrado en la encuesta de condiciones de vida, de la población adulto mayor en la ciudad de Quito. (40) Estos resultados son similares a los obtenidos por la autora.

Las tablas 5 y 6, resumen de los factores de riesgo socioeconómicos y biológicos presentes en el adulto mayor correspondientes al segundo objetivo del estudio.

Tabla 5: Distribución de adultos mayores según factores socioeconómicos y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.

Nivel socioeconómico	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	8	6,8	14	11,9	22	18,6
Medio bajo	24	20,3	22	18,6	46	39,0
Medio típico	14	11,9	11	9,3	25	21,2
Medio alto	3	2,5	22	18,6	25	21,2
Total	49	41,5	69	58,5	118	100

En la tabla 5 se refleja la distribución de adultos mayores según factores socioeconómicos y sexo, se determinó que en la población de estudio predominó nivel medio bajo con 46 personas para un 39,0% (masculino 18,6% y femenino 20,3%), seguido de medio típico y medio alto con 25 personas respectivamente que corresponde al 21,2% y el de menor frecuencia nivel bajo con 22 adultos mayores que corresponde 18,6% (6,8% femenino y 11,9% masculino).

En estudios realizados por Rodríguez N (46) Ecuador en el 2007 indica que el nivel socioeconómico medio influye sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos, entre 66 y 99 años (68% mujeres y 32% varones) pertenecientes al nivel socioeconómico.

Tabla 6: Distribución de adultos mayores según factores de riesgo biológico y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.

Factores de riesgo biológicos	Sexo (N=118)					
	Femenino N=49		Masculino N=69		Total 118	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hipertensión Arterial						
Si	9	7,6	16	13,6	25	21,2
No	40	33,9	53	44,9	93	78,8
Diabetes mellitus						
Si	16	13,6	8	6,8	24	20,3
No	33	28,0	61	51,7	94	79,7
Asma Bronquial						
Si	1	0,8	7	5,9	8	6,8
No	48	40,7	62	52,5	110	93,2

De acuerdo a la distribución de adultos mayores según factores de riesgo biológicos y sexo, se estableció que predominó el sexo masculino con 16 hipertensos para un 13.6%, y asma bronquial con 7 casos que corresponde al 5,9%, al contrario de la diabetes mellitus que prevaleció en el sexo femenino con 16 para un 13.6% del total de casos. (Tabla 6)

Barrón et al. (47) Chile 2014, aseguran que en el envejecimiento se presenta un deterioro biológico y aumentan los problemas de salud, como resultado de la interacción de los factores genéticos, ambientales, hábitos alimenticios, actividad física y presencia de algunas enfermedades.

La tabla 7, resume la percepción de calidad de vida presentes en el adulto mayor correspondiente al tercer objetivo del estudio.

Tabla 7: Distribución de adultos mayores según la percepción de calidad de vida y sexo. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.

Calidad de vida	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	14	11,9	25	21,2	39	33,1
Media	35	29,7	44	37,3	79	66,9
Total	49	41,5	69	58,5	118	100

En lo referente a la distribución de adultos mayores según la percepción de calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) y sexo, se determinó que prevaleció la calidad de vida media con 79 adultos mayores que corresponde a 66,9% (femenino 29.7% y masculino 37,3%), con predominio del sexo masculino con 44 personas para un 37,3%; y finalmente con un 33.1% el nivel bajo.

Si los datos expuestos lo comparamos con el estudio de Ordóñez L. (48) 2011, sobre percepción de la calidad de vida en Quito, donde muestra que el 54% lo considera como media y el 46% de adultos mayores percibe como baja ,al igual con los datos en el estudio de Cerón M (49). México 2012, donde los adultos mayores perciben su calidad de vida como media el (74,8%); alta 20% y baja 5,2%; similares condiciones se encontraron en el estudio de Sigüenza M (50). Cuenca 2013, resultados similares al de la autora.

Las tablas de la 8 al 11, resumen la posible relación entre factores de riesgo socioeconómico y biológico con la calidad de vida, presentes en el adulto mayor correspondiente al cuarto objetivo del estudio.

Tabla 8: Distribución de factores de riesgo socioeconómico con la calidad de vida. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.

Nivel socioeconómico	Calidad de vida					
	Baja		Media		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	14	35,9	8	10,1	22	18,6
Medio bajo	11	28,2	35	44,3	46	39,0
Medio típico	3	7,7	22	27,8	25	21,2
Medio alto	11	28,2	14	17,7	25	21,2
Total	39	100	79	100	118	100

p =0,01

De acuerdo a la distribución de factores de riesgo socioeconómicos con la calidad de vida, se estableció que en el nivel socioeconómico predominó el medio bajo con 46 personas para un 39% y menor frecuencia el nivel bajo que corresponde 18,6%, y de acuerdo a la calidad de vida prevaleció el nivel medio con 79 personas. (Tabla 8).

En la evaluación de 118 adultos mayores, se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico con calidad de vida. (p= 0,01).

Tabla 9: Distribución de factores de riesgo biológicos de hipertensión arterial con la calidad de vida. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018.

Hipertensión Arterial	Calidad de vida					
	Baja		Media		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	8	6,8	17	14,4	25	21,2
No	31	26,3	62	52,5	93	78,8
Total	39	33,1	79	66,9	118	100

p= 0,90

En la tabla 9 relacionado con la distribución de factor de riesgo biológico de hipertensión arterial con la calidad de vida, predominó el nivel medio con 17 personas que corresponde 14,4%.

En la evaluación se determinó que no existe relación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial con la calidad de vida. ($p = 0,9$)

Tabla 10: Distribución de factores de riesgo biológicos de diabetes mellitus con calidad de vida. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018

Diabetes mellitus	Calidad de vida					
	Baja		Media		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0	0	24	20,3	24	20,3
No	39	33,1	55	46,6	94	79,7
Total	39	33,1	79	66,9	118	100

$p = 0,01$

De acuerdo con la distribución de factores de riesgo biológicos de diabetes mellitus con la calidad de vida, predominó el nivel medio con 24 personas que corresponde 20.3 %. (Tabla 11)

En la estimación se determinó que existe relación estadísticamente significativa entre la diabetes mellitus con la calidad de vida. ($P = 0,01$)

Tabla 12: Distribución de factores de riesgo biológicos de asma bronquial con calidad de vida. Consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8. Año 2018

Asma Bronquial	Calidad de vida					
	Baja		Media		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	0	0	8	6,8	8	6,8
No	39	33,1	71	60,2	110	93,2
Total	39	33,1	79	66,9	118	100

$P = 0,04$

En lo que respecta a distribución de factores de riesgo biológicos de asma bronquial con la calidad de vida, predominó el nivel medio con 8 personas que corresponde al 6.8%. En la valoración se determinó que existe diferencia significativa entre el asma bronquial con la calidad de vida. ($P= 0,04$).

6. CONCLUSIONES

En la población de adultos mayores predominan el sexo masculino, grupo de edad entre 65 y 69 años, estado civil casado, nivel de instrucción primaria y ocupación ama de casa.

En la población de estudio dentro los factores socioeconómicos predominan el nivel medio bajo y en menor porcentaje el nivel bajo; y de acuerdo a los factores biológicos prevalecen los hipertensos, seguido de diabetes mellitus y en menor frecuencia asma bronquial.

De acuerdo a la percepción de calidad de vida de los adultos mayores en la población de estudio, el mayor porcentaje la percibe como medio, el restante como baja, llama la atención que ningún adulto mayor percibe su calidad de vida como buena.

Los factores de riesgos socioeconómicos y biológicos influyen en la auto percepción de calidad de vida del adulto mayor. Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y factores socioeconómicos; la diabetes mellitus y el asma bronquial como factores biológicos

REFERENCIAS

1. Belenger M, Aliaga F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores.. Rev. Rol de Enfermería.España. 2000; 23(3)(231-234.).
2. Uninorte S. rcientificas. [Online].; 2012 [cited 2018 12 14. Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/1570/3040>.
3. Trujillo CA. Nivel de depresión en Adultos mayores de 65 años y su impacto en el estado nutricional en la parroquia Asunción. tesis de grado. Chimborazo : escuela superior politécnica de Chimborazo; 2011.
4. Martín MP, Cruz AD, Ferregut JN. Medio Familiar de los Adultos Mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio. 2012; 16(1).
5. E. CN. Algunas Consideraciones sobre envejecimiento demográfico y subjetividad Social en Cuba.Ponencia presentada en la Convención Intercontinental de Psicología y Ciencias Sociales y Humanas. La Habana. 2005 nov.
6. Daza VCA. CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP. 2015; 13(2).
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualad. [Online].; 2014 [cited 2018. Available from: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf.
8. Organización Mundial de la salud. Organización Mundial de la salud. [Online].; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
9. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. [Online].; 2018 [cited 2018 12 14. Available from: <http://www.msp.gub.uy/>.
10. Ministerio de desarrollo social chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Mercado laboral adulto mayor y personas próximas a jubilar en chile, línea base y recomendaciones. Estudio y publicaciones sobre envejecimiento y vejez.. Trabajo de investigación. Chile: Ministerio; 2016.
11. Organización Mundial de la Salud. Who. [Online].; 2014 [cited 2018 12 14. Available from: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/.
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. ecuaorencifras. [Online].; 2014 [cited 2018 12 14. Available from: http://www.ecuaorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf.
13. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Ecuador en cifras. [Online].; 2014 [cited 2018 12 14. Available from: <http://www.ecuaorencifras.gob.ec/estadisticas/>.

14. Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Gobernanza. [Online].; 2012 [cited 2018 12 10. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAI_S-MSP12.12.12.pdf.
15. Lucero L. condiciones de vida de las personas adultas mayores en el ecuador. (tesis de especialista en gestión pública). Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales; 2014.
16. Ministerio de Salud Pública. GUÍAS CLÍNICAS GERONTO - GERIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR. ; 2008. Report No.: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>.
17. Vélez MDCC. LA HISTORIA DE LA VEJEZ. Dialnet. 2008; 18 (237-254).
18. Parra MIdPS, Salas MC, Escobar JMM. ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD. Ciencia y enfermería. 2005; 2(17-21).
19. Freire WB. gerontologia. [Online].; 2009 [cited 2018. Available from: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>.
20. Andrade C. “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón Azuay. 2011. tesis de pregrado. Chimborazo: ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO, NUTRICIONISTA DIETISTA; 2011.
21. Nuñez V. Abandono hacia los anciano. Kinesis. 2018; 34(2002); p -41.
22. Dabove. M. Derecho a la Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria. Juris , editor. Argentina; 2006.
23. García AMA, Maya ÁMS. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2).
24. Baltes P. Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation.. The Gerontologist. 2004; 44:190.
25. blogspot. blogspot. [Online].; 2012 [cited 2018 12 14. Available from: <http://psadultomayor.blogspot.com/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>.
26. Ministerio de Salud Pública. Iess. [Online].; 2010 [cited 2018 12 10. Available from: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf.
27. Instituto Nacional de Salud. Determinantes sociales de salud. [Online]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/Paginas/determinantes-sociales-de-salud.aspx>.

28. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2005 [cited 2018. Available from: https://www.who.int/social_determinants/es/.
29. Ramírez JR. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. La Habana. 2012; 28(2).
30. Brenes-Camacho G. Factores socio-económicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. Cienc Econ (San Jose). 2013; 31(1): 153–167.
31. blogspot. [Online].; 2010 [cited 2018 12 14. Available from: <http://vidacalida.blogspot.com/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.htm.%20Citado%205%20diciembre%202010>.
32. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marco, An Fac Med Lima ; 2007. Report No.:ISSN 1025 – 5583.
33. MORA ALV. blogspot. [Online].; 2011 [cited 2018 12 14. Available from: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html>.
34. Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (whoqol-bref) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile. 2011; 139: 579-586.
35. Naciones Unidas. [Online].; 1943 [cited 2018 12 14. Available from: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
36. Constitución de la República. [Online].; 2008 [cited 2018 12 14. Available from: http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
37. Secretaria Nacional del Buen Vivir. [Online].; 2009 [cited 2018 12 14. Available from: <http://www.planificacion.gob.ec/wp->
38. Congreso Nacional del Ecuador. Codificación de la Ley del Anciano. Comisión de Legislación y Codificación.. [Online].; 2012 [cited 2018. Available from: <http://igualdad.gob.ec/122-adulto-mayor.html>.
39. Cantos MG. [Online].; 2008 [cited 2018 12 10. Available from: http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_consentimiento.htm.
40. Ecuador en cifras. [Online].; 2008 [cited 2018 12 10. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf.
41. González S. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo. Atención Familiar. 2016; 23(01:24–28).

42. González MZ, G GDS. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos.. PSICOGERIATRÍA. 2016; 1(41-48).
43. Alcívar DZ. Caracterización de los adultos mayores y sus familias en dos consultorios, Policlínico "Nelson Fernández. Trabajo de Terminación de la Especialidad. Repositorio de Tesis Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas; 2014.
44. García DIP. EL. Evaluación funcional, cognitiva y biomédica de ancianos de 90 años y más.. Acta Médica del Centro. 2015; 9(2).
45. Querol M, Martínez VP. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida.. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 22(1).
46. Oleas JD. Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado.. Tesis de postgrado. Fundación Comunidad Geriátric; 2006.
47. Barrón M, Mardones M, Vera S, G GO, Rodríguez F. Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso (Chile). Rev Theoria, Ciencia, Arte y Humanidades 2. 2006; 15(1).
48. Ordóñez Abrigo LM. Auto percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y urbana (Unidad de Atención Ambulatoria la Ecuatoriana) pertenecientes a la provincia de Pichincha y su relación con la disfuncionalidad fami. tesis de pregrado. Quito: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR , FACULTAD DE MEDICINA; 2011.
49. Santes MIC, Espinosa AS, Azuara NAR, Hernández CBE, Fernández BF. Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida. revista-portalesmedicos. 2013.
50. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2001 [cited 2018 12 14. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con número de cédula _____, he recibido del Dr. _____ La explicación de que los datos que a continuación ofreceré se utilizarán para conocer la Influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor en el consultorio 2 y 3 del centro de salud N° 8. Agosto 2017 – agosto 2018

La doctora me ha explicado que los datos que ofrezca no serán revelados a otros miembros de mi familia u otras personas y se mantendrá el anonimato de mi persona en las publicaciones que resulten de esta investigación.

Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar el cuestionario que me será entregado para la investigación, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mi relación con el personal del centro de salud u otra institución pública.

Estoy dispuesto a participar en la entrevista requerida en la investigación por parte del investigador, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

He realizado todas las preguntas que consideré necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a:

Md. Glenda Verónica Figueroa Moran, postgradito de medicina familiar y comunitaria, en el consultorio 2 y 3 del centro de salud No 8.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Nombre y apellido del entrevistado	Firma	Fecha
Nombre y apellido del Investigador	Firma	Fecha

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

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

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

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

Fecha: Edad:
Sexo: Escolaridad:
Estado civil: Ocupación:
Enfermedad que padece:

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

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

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

La encuesta de percepción de calidad de vida (WHOQOL BREF), fue diseñada por la Organización Mundial de la Salud, aplicada en muchos estudios en varios países, se compone de 26 preguntas, 4 dominios (salud física, psicológico, relaciones sociales y ambiente), cuya escala de medición es ordinal con puntajes de:

- Baja: 69 o menos
- Media 70–99
- Alta: 100-130.

- 1.- Salud física: preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.
- 2.- Salud psicológica: preguntas 5, 6, 7, 11, 19, 26.
- 3.- Relaciones sociales: preguntas 20, 21, 22.
- 4.- Ambiente: preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

ANEXO 3

ENCUESTA INEC

Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar
 Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda	Puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?	
Suite de lujo	<input type="checkbox"/> 59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/> 59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/> 59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/> 59
Mediagua	<input type="checkbox"/> 40
Rancho	<input type="checkbox"/> 4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/> 0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:	
Hormigón	<input type="checkbox"/> 59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/> 55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/> 47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/> 17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/> 0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:	
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/> 48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/> 46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/> 34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/> 32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/> 0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/> 0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/> 12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/> 24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/> 32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:	
No tiene	<input type="checkbox"/> 0
Letrinas	<input type="checkbox"/> 15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/> 18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/> 18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/> 22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/> 38

Acceso a tecnología	Puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?	
No	<input type="checkbox"/> 0
Sí	<input type="checkbox"/> 45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?	
No	<input type="checkbox"/> 0
Sí	<input type="checkbox"/> 35

No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

↓
suma de
puntajes
finales

ANEXO 4

Resultados

Distribución de la dimensión física de calidad de vida y nivel socioeconómico

Dimensión física	Nivel socio económico							
	Bajo		Medio bajo		Medio típico		Medio alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta qué punto piensa que el dolor le impide hacer lo que necesita p=0,000								
nada	8	6,8	8	6,8	0	0,0	8	6,8
un poco	8	6,8	27	22,9	14	11,9	3	2,5
lo normal	0	0,0	11	9,3	8	6,8	0	0,0
bastante	6	5,1	0	0,0	3	2,5	14	11,9
Necesita cualquier tto. médico para funcionar en su vida diaria p=0,000								
nada	0	0,0	3	2,5	0	0,0	8	6,8
un poco	0	0,0	19	16,1	6	5,1	3	2,5
lo normal	16	13,6	8	6,8	19	16,1	6	5,1
bastante	6	5,1	16	13,6	0	0,0	8	6,8
Tiene energía suficiente para su vida diaria p=0,000								
nada	8	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
un poco	0	0,0	8	6,8	3	2,5	8	6,8
moderado	14	11,9	38	32,2	19	16,1	3	2,5
bastante	0	0,0	0	0,0	3	2,5	14	11,9
Es capaz de desplazarse de un lugar a otro p=0,000								
nada	8	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
un poco	0	0,0	3	2,5	0	0,0	8	6,8
lo normal	14	11,9	35	29,7	14	11,9	8	6,8
bastante	0	0,0	8	6,8	3	2,5	9	7,6
extremadamente	0	0,0	0	0,0	8	6,8	0	0,0
Cuan satisfecho esta con su sueño p=0,000								
nada	8	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0

poco	0	0,0	19	16,1	0	0,0	0	0,0
lo normal	14	11,9	19	16,1	14	11,9	16	13,6
bastante satisfecho	0	0,0	8	6,8	11	9,3	9	7,6
Cuan satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria p=0,000								
nada	8	6,8	8	6,8	0	0,0	0	0,0
poco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	9,3
lo normal	6	5,1	27	22,9	14	11,9	8	6,8
bastante satisfecho	8	6,8	11	9,3	11	9,3	6	5,1
Cuan satisfecho esta con su capacidad de trabajo p=0,000								
nada	8	6,8	8	6,8	0	0,0	0	0,0
poco	0	0,0	3	2,5	6	5,1	0	0,0
lo normal	14	11,9	19	16,1	8	6,8	16	13,6
bastante satisfecho	0	0,0	16	13,6	11	9,3	9	7,6



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Glenda Verónica Figueroa Moran, con C.C: # 130905997-8 autora del trabajo de titulación: “**Influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud n° 8. Año 2018**” previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de diciembre del 2018

f. _____

Nombre: Figueroa Moran Glenda Verónica

C.C: 130905997-8



<i>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</i>			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	"Influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud n° 8. Año 2018"		
AUTOR(ES)	Glenda Verónica Figueroa Moran		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Niurka Ginorio Suárez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitario		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitario		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de Diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	(# 55 páginas)
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adultos mayores, calidad de vida, senectud, longevidad.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: La senectud es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. El aumento de la longevidad se acompaña de un incremento en la prevalencia de morbilidad, sobre todo por enfermedades crónicas y por discapacidades. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, de nivel investigativo relacional, prospectivo y transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en la calidad de vida. Para la obtención de los datos se aplicó las encuestas WHOQOL-BRE y la de estratificación del nivel socioeconómico del INEC. Resultados: las características sociodemográficas predominante son el sexo masculino con el 58,5% y el grupo de edad de 65 a 69 años con 50,8%, de ocupación ama de casa 41,5%, estado civil casado 69,5%, nivel de instrucción primaria 49,2%. El factor de riesgo socioeconómico prevalecen el nivel medio bajo para un 39%, biológicos predominan la hipertensión arterial con 21,2% y finalmente la percepción de la calidad de vida media con el 66,9%. Se evidencio diferencias significativa entre: el factor riesgo socioeconómico con la calidad de vida $p=0,00$; y los factores de riesgo biológicos diabetes mellitus y asma bronquial con $p=0,00$, $p=0,04$ respectivamente. Conclusiones: los factores de riesgos socioeconómicos y biológicos influyen en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor. Existe una relación estadísticamente significativa entré la calidad de vida y los factores socioeconómicos, la diabetes mellitus y el asma bronquial como factores biológicos.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0997789669	E-mail: g.leve.11@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Dr. Xavier Landívar		
	Teléfono: 042206953-2-1-0 Ext: 1830		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			