



**Universidad
Católica
de Cuenca**

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SITUACION SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN
SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ÁREA DE
GERIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA,
CUENCA 2019”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORA:

ANDREA CAROLINA MALDONADO PALACIOS

DIRECTOR:

DR. GABRIEL HUGO MERINO

ASESORA:

DRA. JEANNETH TAPIA CÁRDENAS

CUENCA - ECUADOR

AÑO 2020

ÍNDICE

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	5
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	6
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO.....	7
RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
CAPÍTULO I.....	12
1.1 INTRODUCCIÓN.....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2.1 Situación Problemática	13
1.2.2 Formulación Del Problema.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II.....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes	17
2.2 Bases Teórico Científicas	19
2.2.1 Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor	19
2.2.2 Calidad de vida del Adulto Mayor.....	22
2.2.3 Situación Familiar del Adulto Mayor	23
CAPÍTULO III.....	25
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo General	25
3.2 Objetivos Específicos.....	25
CAPÍTULO IV.....	26
4.DISEÑO METODOLÓGICO	26



4.1. Diseño general del estudio	26
4.1.1. Tipo de estudio	26
4.1.2. Área de investigación.....	26
4.1.3. Universo de estudio.....	26
4.1.4. Selección y tamaño de la muestra	26
4.1.5. Unidad de análisis y de observación	26
4.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	26
4.3. Métodos e instrumento para obtener la información	27
4.3.1. Técnica	27
4.3.2. Métodos de procesamiento de la información.....	27
4.3.3. Procedimiento para la recolección de información y descripción de instrumentos a utilizar	27
4.3.4. Supervisión	28
4.4 Plan de tabulación y análisis de resultados.....	28
4.5 Programas Utilizados.....	29
4.6 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos.....	29
4.5. Descripción de variables	29
4.6. Operacionalización de Variables: (Anexo 2).....	29
CAPÍTULO V.....	30
5. RESULTADOS.....	30
5.1 Cumplimiento del Estudio	30
5.2 Características de la población de Estudio	30
CAPÍTULO VI.....	36
6. DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO VII.....	40
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
7.1 Conclusiones	40

7.2 Recomendaciones	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	48
ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
ANEXO 4: PRESUPUESTO	58
ANEXO 5: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	59
ANEXO 6: OFICIO DE BIOÉTICA.....	60
ANEXO 7: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN	61
ANEXO 8: OFICIO DE AUTORIZACION DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA	62
ANEXO 9: INFORME DE ANTIPLAGIO	63
ANEXO 10: RÚBRICA DEL PRIMER PAR REVISOR.....	64
ANEXO 11: RÚBRICA DEL SEGUNDO PAR REVISOR.....	65
ANEXO 12: INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN.....	66

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Cuenca, febrero del 2020

Yo, Andrea Carolina Maldonado Palacios con cédula de identidad 0104992821, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación: **“SITUACION SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ÁREA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2019”**, de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible, no exclusiva, para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Andrea Carolina Maldonado Palacios

CI: 010499282-1

AUTORA

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Cuenca, febrero del 2020

Yo, Andrea Carolina Maldonado Palacios, autora del trabajo de titulación, **“SITUACION SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ÁREA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2019”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autor.



Andrea Carolina Maldonado Palacios

CI: 010499282-1

AUTORA

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Cuenca, febrero del 2020

Yo, Andrea Carolina Maldonado Palacios, con cédula de ciudadanía N° 0104992821, autora del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema, "**SITUACION SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ÁREA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2019**", mediante suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos serán obtenidos de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realizó, tiene fines académicos, los datos que se recolectarán permitirán conocer la situación sociofamiliar y calidad de vida en adultos mayores que acuden a consulta externa del área de Geriatria del Hospital José Carrasco Arteaga, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.



Andrea Carolina Maldonado Palacios

CI: 010499282-1

AUTORA

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

RESUMEN

ANTECEDENTES: el envejecimiento poblacional presentó un crecimiento acelerado durante los últimos años y con él la premura y la necesidad de redes sociales de apoyo social y familiar del adulto mayor para mejorar la calidad de vida en salud durante la etapa de la vejez.

OBJETIVO: determinar la situación sociofamiliar y la calidad de vida en salud de los adultos mayores del Área de Geriatria del Hospital José Carrasco Arteaga.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de cohorte transversal. Se realizó un análisis descriptivo, en base a frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar, en función al tipo de variables. Se emplearon todos los procedimientos bioéticos aplicables a los estudios con seres humanos.

RESULTADOS: el 65% de los participantes fueron mujeres, el 53.4% casados y el 70.7% de instrucción primaria, el 38.5% se categorizó con estrato socioeconómico bajo. Respecto al EuroQol-5D 72.1% de los participantes refirieron tener problemas al caminar, 58% no tienen problema al cuidado personal, 50.5% no tienen problemas en sus actividades diarias, 68% refirieron dolor/malestar y 78.8% estuvieron ansiosos o depresivos.

CONCLUSIONES: la mayoría de participantes refirieron tener problemas de funcionalidad familiar. Según el EuroQol-5D en la dimensión de movilidad en su mayoría refirieron tener algunos problemas en la deambulacion, las dimensiones de cuidado personal y actividades cotidianas no fueron relevantes, en la dimensión de dolor un tercio de los participantes no presentaron dolor ni malestar y la mayoría de los encuestados señalaron estar muy ansiosos y deprimidos.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, APOYO SOCIAL, CONDICIONES SOCIOFAMILIARES, ANCIANO.

ABSTRACT

BACKGROUND: Population aging showed an accelerated growth during the last years and with it the urgency and the need of social networks of social and family support of the elderly to improve the quality of life in health during the old age stage.

OBJECTIVE: to determine the socio-family situation and quality of life in health of the elderly in the Geriatrics Area of the José Carrasco Arteaga Hospital.

MATERIALS AND METHODS: quantitative, observational, descriptive cross-sectional cohort study. A descriptive analysis was performed, based on frequencies, percentages, means and standard deviation, depending on the type of variables. All bioethical procedures applicable to studies with humans were applied.

RESULTS: 65% of the participants were women, 53.4% married and 70.7% of primary education, 38.5% were categorized with low socioeconomic status. Regarding the EQ-5D 72.1% reported having trouble walking, 58% have no problem with the personal caregiver, 50.5% have no problems in their daily activities, 68% reported pain / discomfort and 78.8% were anxious or depressed.

CONCLUSIONS: The majority of participants reported having family functionality problems. According to the EuroQol-5D, in the mobility dimension they mostly reported having some problems in walking, the dimensions of personal care and daily activities were not relevant, in the pain dimension a third of the participants did not present pain or discomfort and the Most respondents said they were very anxious and depressed.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE, SOCIAL SUPPORT, SOCIO-FAMILIAR CONDITIONS, ELDERLY.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar conmigo en todo momento, llenarme de paciencia y persistencia para culminar mis metas propuestas.

A mis padres Marcia y Fernando por siempre estar junto a mí, por ser un ejemplo de superación y entrega, hoy veo alcanzada esta meta, ya que estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles.

A mis hermanos Andrés y Diego, por su constante apoyo, por haber dejado varias cosas para permitirme cumplir mi sueño, por confiar y creer en mí durante toda esta etapa.

A mi esposo Kevin y mi hija Paula por ser mi motor y mi principal motivo para culminar mis metas, por brindarme apoyo y fortaleza en momentos en los que quería rendirme.

De igual manera, mis más sinceros agradecimientos a la Dra. Jeanneth Tapia y al Dr. Gabriel Hugo por brindarme su guía y dirección, ya que con sus conocimientos permitieron la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A mi madre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y cumplir esta meta.

A mi esposo, por estar siempre presente, por su apoyo y ayuda incondicional y por acompañarme en todo este recorrido.

A mi hija Paula, por ser mi inspiración diaria, porque con su dulzura y amor me ha levantado en momentos que quise rendirme.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso que genera múltiples modificaciones funcionales, orgánicas y/o sociales, dichos cambios pueden conllevar a situaciones de soledad y aislamiento, lo cual podría provocar grandes repercusiones en la calidad de vida del adulto mayor, por ello el efecto atenuante de las redes de apoyo social, debería incrementarse ante la necesidad de hacer frente a una etapa tan vulnerable como lo es la vejez (1).

En esta línea, varias son las definiciones que se han aplicado para una red de apoyo social, algunos autores las han descrito como el número de contactos e interacciones mantenidas por una persona y/o la pertenencia a un grupo a redes sociales de comunicación y obligación mutua; mientras que otros lo han visto como un protector frente al padecimiento de ciertas alteraciones psicológicas o interpersonales de un individuo que pueden protegerlos de una patología inducida por el estrés (2).

Dentro del área social, se han descrito dos modalidades de apoyo: las relaciones sociales con los amigos, vecinos, etc. y las familiares; conjuntamente ambas, facilitan el ajuste del individuo a las circunstancias que acontecen en la vejez, así como sus crisis vitales y la adaptación del sujeto a los cambios en esta etapa (1).

Por su parte, el concepto de calidad de vida vinculado a salud se define como: “el valor asignado a la duración de la vida, modulando limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influenciadas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias”; existiendo consenso que la calidad de vida se relaciona con factores económicos, sociales y culturales en el entorno en el que se desarrolla el individuo (3).

La incidencia del apoyo social en la calidad de vida de los adultos mayores, sobre todo en lo concerniente al bienestar psicosocial, se da mayormente desde dos puntos de vista, de manera directa donde el individuo se siente parte integrante de un conjunto de personas unidas por lazos de solidaridad y responsabilidad

mutua; e indirectamente, generando una protección de los efectos estresantes, donde se acentúan las capacidades de respuesta frente a situaciones problemáticas cotidianas (4).

Por lo expuesto, nos hemos planteado la presente investigación en virtud a que consideramos necesario evidenciar cifras locales sobre situación sociofamiliar y calidad de vida en una población tan vulnerable como lo son los adultos mayores por ello proponemos la aplicabilidad de este estudio en una institución de referencia como lo es el Hospital José Carrasco Arteaga.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Situación Problemática

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados (5), pues se considera que del 15 al 20% de la población general tiene edades mayores a 60 años (6); y se proyecta que entre los años 2000 al 2050, la proporción de adultos mayores bordeará los 2000 millones; dichos cambios demográficos han sido y serán más rápidos e intensos en países de bajos y mediados ingresos, pues en naciones industrializadas como por ejemplo Francia, ha tenido que transcurrir 100 años para que el grupo de habitantes se duplique en un 7% a 14%, por el contrario en Brasil esta duplicación ocurrirá en menos de 25 años (7).

Los países de América Latina y El Caribe, duplicarán la cantidad de adultos mayores, representando alrededor del 16.7% de la población, y en el Ecuador la población mayor a 60 años en el 2015 alcanzó una frecuencia del 15% (8); en esta línea, en nuestro país el envejecimiento alcanza actualmente un índice de alrededor 27.8 y llegará en el 2050 a 115.3 personas de 60 años de edad o más por cada 100 personas de 15 años o menos; lo cual es resultado de la reducción de los niveles de mortalidad, por lo que una parte creciente de la población llegará a edades avanzadas (9).

No obstante, este proceso de envejecimiento trae consigo diversos cambios anatómicos, funcionales y diversas necesidades que deberían ser solventadas por la familia, la sociedad y los gobiernos de turno; a pesar de ello en todo el mundo muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas, calculándose que en países desarrollados del 4% al 6% de las personas mayores

han sufrido alguna forma de maltrato doméstico, en centros asistenciales como asilos, se comenten actos abusivos como: maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad y negarles premeditadamente una buena asistencia, ocasionando daños físicos y psicológicos de larga duración (7).

Además, muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente debido a limitaciones de movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales, requiriendo asistencia a largo plazo, cuidados domiciliarios o comunitarios con estadías prolongadas en los hospitales, pronosticándose que de aquí al 2050 la cantidad de ancianos que no podrán valerse por sí mismos se multiplicará por 4 en países en desarrollo (7).

En este sentido, es claro que la calidad de vida en salud de los pacientes adultos mayores, estará influenciada por una multiplicidad de factores desde los biológicos, económicos, sociales, familiares, entre otros (10), no obstante, las redes de apoyo social constituyen la base sobre la que se da soporte a las personas que así lo requieran, pues contribuyen al sentimiento de pertenencia y/o integración social, evitando el aislamiento y cobrando especial importancia en la calidad de vida de estas personas en el declive de su vida (11).

Concretamente, la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo durante el transcurso de su vida, reconociéndose que el seno de la misma es fundamental para ejercer una acción protectora para estas personas, pues las alteraciones en la vida familiar, provocan desequilibrio y descompensación en el estado de salud de estos pacientes (11).

1.2.2 Formulación Del Problema

Desde esta perspectiva, las redes de apoyo social con las que cuentan estas personas se encuentran íntimamente ligadas a su calidad de vida, y desde esta visión nos hemos propuesto el presente estudio, ya que no disponemos de investigaciones sobre dicha problemática, sobre todo tomando en cuenta que la población de adultos mayores es sin duda un grupo vulnerable, por las distintas circunstancias que hemos expuesto en párrafos anteriores.

Nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles es la situación sociofamiliar y qué calidad de vida en salud tienen los adultos mayores

del Área de Geriátrica del Hospital José Carrasco Arteaga, durante el periodo agosto a septiembre del año 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se basó en las prioridades nacionales y locales de investigación expuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013-2017, en el área de sistema nacional de salud, línea de atención primaria, sublínea de atención primaria en salud y sublínea de atención a la comunidad.

Los datos que se exponen en nuestra investigación contribuirán a exponer la situación real sobre redes de apoyo social y calidad de vida en salud en la que se encuentran nuestros adultos mayores en una institución de referencia como lo es el Hospital José Carrasco Arteaga, ya que al considerarse a esta población como un grupo evidentemente vulnerable es necesario evidenciar cifras locales sobre la problemática.

Además, desde el punto de vista en salud, como hemos descrito anteriormente el no contar con redes de apoyo social hace que los adultos mayores se expongan a sufrir de una gran fragilidad no solo en su calidad de vida, sino en su salud, ya que puede provocar un deterioro importante en su salud física, psicológica, así como una descompensación de enfermedades concomitantes propias del envejecimiento, por lo cual es indispensable hacer un diagnóstico local sobre el tema.

Se consideró por lo expuesto, que los principales beneficiarios de la presente investigación fueron los adultos mayores del Hospital José Carrasco Arteaga, ya que se pretendió realizar una retroalimentación de los resultados obtenidos, no solo para sensibilizar al personal que atiende a estas personas, sino también de ser el caso se dé mayor énfasis en las redes de apoyo social y/o institucional que brinda esta prestigiosa institución.

La difusión de los resultados de este estudio se realizará por medio de las plataformas institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, además se planteó publicar un artículo sobre la temática en una revista indexada.

La investigación fue factible y viable, ya que el diseño metodológico planteado se sustentó en los objetivos de la investigación, además de que se contó con los recursos económicos, técnicos y humanos para su puesta en práctica.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Figuerola et al., en el año 2016, en Cuba, en su investigación descriptiva acerca de la calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores; donde trabajaron con una muestra no probabilística-intencional de 20 adultos mayores de predominio sexo femenino con un rango de edad de entre 60 a 69 años, estado civil casado y con culminación de los estudios universitarios; la estructura familiar de los encuestados se caracterizó por la presencia de núcleos de familias pequeñas y bigeneracionales. La calidad de vida que sobresalió en el estudio fue alta, exhibiendo un elevado nivel de satisfacción la dimensión salud, mientras que, a su vez, el apoyo social percibido que prevaleció fue alto, estableciendo a la familia como la primordial fuente productora de apoyo, el 75% de los adultos mayores que percibieron un apoyo social alto, solo el 40% presentaron mayores niveles de calidad de vida (12).

Zapata y sus colaboradores en el año 2015 publicaron un estudio descriptivo transversal realizado en Colombia acerca del apoyo social y familiar al adulto mayor en el área urbana, donde la muestra fue integrada por 239 adultos mayores de predominio femenino (59,8 %), con un rango de edad entre 60-74 años, con un promedio de 66,9 %. El estado civil con mayor incidencia fue casado (47,3 %) aunque en las mujeres con el estado civil viuda tuvieron mayor proporción (40,6 %). Asimismo con respecto al nivel de educación el 69,5 % tenían nivel de educación primaria y un 16,7 % referían no tener ningún nivel educativo; El apoyo recibido por la familia tanto como los amigos fue valorado como satisfactorio, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la no realización de actividades diferentes a las cotidianas (valor de $p=0,004$), A pesar de sentirse satisfechos por el apoyo de la familia, varios participantes refieren, en especial las mujeres, sentirse maltratados (13).

Valera et al., en el año 2015 en Perú publicó un estudio llamado: Perfil clínico, funcional y socio-familiar del adulto mayor con enfermedad crónicas no transmisible con apoyo social. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 501 adultos mayores de 60 años, con el fin de identificar el riesgo social del adulto mayor que tenía soporte social de una RAS; el rango de edad fue entre 60 a 99 años con una media de 71,5 años \pm 8,9 años, 47,7% de los encuestados refirieron tener entre 60 a 69 años; de acuerdo al sexo el 62% fueron mujeres y el 19,6% eran solteros o viudos; en relación a la condición socio-familiar 50,9% indicaron riesgo social, 7,6% problema social, mientras que el 41,5% no presentaron riesgo social. Al establecer una relación entre la autopercepción del estado de salud con el apoyo recibido por las RAS, se demostró que el 61% de los adultos mayores describieron su salud como regular; 16% como mala y muy mala, 23 % como buena y muy buena (14).

Ibarra et al., en el año 2016 realizaron un estudio observacional descriptivo, de corte transversal titulado: Valoración Socio-Familiar del adulto mayor con una muestra de 94 personas mayores, la edad media fue de 74,9 \pm 8,04 años, el 61,7% de los participantes en el estudio fueron de sexo femenino mientras que el 38,3% sexo masculino. De todos los participantes del estudio 6, es decir el 6,38% tienen una buena/aceptable situación social; en 32, es decir el 34,04% existe riesgo social; y en 56 (59,57%) existe un problema social como tal; mientras que en cuanto a la situación familiar el 52% de los sujetos viven con su familia, de ellos el 27,66% presenta algún grado de dependencia. En lo referente a la vivienda 34 participantes, es decir el 36,17% presentan barreras arquitectónicas en el hogar y el 5,32% refieren estar sin vivienda. Tras realizar un análisis acerca de las relaciones sociales se puede identificar que el 47,87% mantiene relaciones sociales con la comunidad, mientras que lo que corresponde al apoyo de la red social, se señaló que la mayoría, es decir 58,51% no cuenta con seguro social y el 5,32% se encuentran en situación de abandono familiar (15).

Mamani y sus colaboradores durante el año 2014 en Perú ejecutaron un estudio descriptivo, de cohorte transversal, acerca de la percepción del proceso de envejecimiento, apoyo social y la calidad de vida en adultos mayores en la micro red de apoyo; en el cual el 15.1% de los participantes contaban con un apoyo

social mínimo y presentaron un peor estado de salud, mientras que el 29.1% tuvieron un apoyo social medio y se evidenció un regular estado de salud y el 8.1% con apoyo social máximo reflejaron un mejor estado de salud; concluyendo que existe una dependencia directa entre el apoyo social con la calidad de vida en el adulto mayor, es decir, a mayor apoyo social mejor calidad de vida (16).

2.2 Bases Teórico Científicas

2.2.1 Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor

El llegar a la etapa de la vida conocida como ancianidad constituye un fenómeno social en donde existe un incremento sostenido de la población mundial y más personas llegan a la tercera edad, debido a las problemáticas actuales alrededor de los adultos mayores como la pérdida de los placeres, la inhabilidad, la marginación, la broma, el desprecio por parte de la juventud y la cercanía de la muerte ha sido creada la necesidad de brindar a cada anciano el espacio psicosocial y de salud que requiere para continuar con su aportación a la sociedad y disfrutando de sus ventajas (11).

2.2.1.1 Estructura de la Red Social:

- **Tamaño:** Se refiere al número de personas que integran la red, generalmente las que sobresalen en efectividad son las redes medianas.
- **Densidad:** Define el grado de empatía entre los miembros con el dirigente de la red, se ha establecido que una red con un nivel de densidad muy alto conlleva al conformismo de sus miembros, mientras que, una red con nivel de densidad mediano permite la comparación de ideas y reflexiones entre los miembros de la red (17).
- **Distribución:** Es la proporción total de los participantes de la red en cada cuadrante y en cada círculo, generalmente las redes con gran cantidad de miembros son menos flexibles y por tanto menos efectivas.
- **Accesibilidad:** Es la distancia geográfica entre los participantes de la red, se dice que entre menor distancia es mayor el acceso y la facilidad de contacto entre los miembros y su dirigente.
- **Heterogeneidad u homogeneidad:** Tanto de forma demográfica como sociocultural.

- Vínculos específicos: Se refiere al compromiso y fuerza de la relación entre los miembros de la red.
- Tipo de funciones: Cada grupo desempeña acciones de acuerdo al vínculo requerido por el conjunto como, por ejemplo: guía, apoyo (17).

2.2.1.2 Funciones de la Red Social:

Cada red social varía sus funciones de acuerdo al tipo de relación interpersonal entre sus miembros, por lo que se exponen a continuación:

- Compañía social: Se refiere a la realización de actividades entre dos o más personas que tienen relación, puede ser entre compañeros del mismo grupo, ocasionales, entre otros.
- Apoyo emocional: Sucede en medio de una relación, en la cual existe actitud emocional positiva, simpatía, empatía por otra persona en cualquier momento (17, 18).
- Guía Cognitiva y consejo: Son acciones que se dan con el fin de compartir información personal, compartir expectativas y opiniones, las cuales son altamente valoradas por el resto del grupo.
- Control social: Se refiere a las acciones que fijan límites y establecen recompensas o sanciones para los miembros y dirigentes de la red.
- Ayuda material y de servicios: Son colaboraciones ejercidas por especialistas quienes brindan un servicio concreto a un miembro de la red que lo necesite.
- Acceso a nuevos contactos: Es la posibilidad de establecer vínculos con otras personas e incluso otras redes (17, 18).

2.1.1.3. Vínculo de la Red Social

La red social puede ser estudiada mediante las siguientes características:

- Funciones prevaletentes: Son aquellas funciones por las que se define el grupo perteneciente a la red social.
- Multidimensionalidad: Consiste en el cumplimiento de funciones por parte de la misma persona que forma parte de la red (17).

- Reciprocidad: Es el desempeño con respecto a función/ relación entre un miembro de la red y otro.
- Intensidad: Se refiere a la atracción o agrado que existe entre los miembros, asimismo como el grado de intimidad entre ellos.
- Frecuencia de contacto: Se refiere al tiempo que ha transcurrido entre el contacto que tienen los miembros de la red, es decir, el tiempo entre cada encuentro o reunión.
- Historia de la relación: Establece una relación entre el tiempo que se conocen los miembros de la red y la experiencia obtenida con anterioridad (17).

Cabe destacar que, las características, las funciones y los vínculos de la red son interdependientes y se determinan mutuamente. La intervención en una red social cohesiva y amplia incrementa las proporciones de obtener apoyo social y permitir mayor sociabilidad entre los miembros de la red (17,18).

2.1.1.4. Tipología de las Redes de Apoyo Social

En la actualidad se plantean diversas formas de tipificar las redes de apoyo social (RAS), autores como Ham mencionan que las RAS se clasifican de la siguiente manera (12):

- Redes Primarias

Se conforman por la familia, los amigos y los vecinos, es fundamental que la familia del adulto mayor tenga la información para constituir relaciones sociales adecuadas entre sus miembros, es decir, el ambiente familiar resulta valioso para compensar las necesidades basadas en (12):

- Socialización: Se refieren a las relaciones que se dan entre los integrantes de la familia, así como las del exterior.
- Cuidado: Es identificado como la protección que se ofrecen unos a otros integrantes de la familia.
- Afecto: Va netamente expresado por las emociones y sentimientos que se crean por la relación y convivencia.

- Reproducción: Se entiende como la capacidad de germinación que los padres de familia realizan para la expansión de la misma.
- Estatus económico: Se refiere como el patrimonio o de la economía que da el sustento monetario a la familia.
 - Redes Secundarias

Son llamadas extrafamiliares, son constituidas fuera del núcleo familiar, así como: grupos, clubes, organizaciones de la comunidad, religiosas, así como laborales o de estudio.

Generalmente se ven representadas por redes institucionales, las cuales están formadas por organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo en distintos niveles (12).

Los establecimientos públicos o gubernamentales se constituyeron con el fin de atender una variedad de necesidades de los adultos mayores en contexto de indigencia, abandono, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza; es indudable que sin estas organizaciones las familias o el ambiente que rodean a los adultos mayores no podrían facilitar los servicios proporcionados (19).

2.2.2 Calidad de vida del Adulto Mayor

El significado de calidad de vida se ha transformado durante las tres últimas décadas, se refiere a un proceso donde se ven involucrados la satisfacción personal, así como los aspectos del bienestar en la vida de las personas; por tanto, el envejecimiento no debe ser analizado únicamente como un proceso biológico sino también de forma psicológica, económica, ambiental, cultural y social (20).

En la actualidad, el adulto mayor se ha esforzado por plantear un nuevo concepto de longevidad, ya que intenta estar en mejor condición física, social y mental, así como sentirse productivo y útil en su máxima expresión (20).

La calidad de vida se detalla como un estado de bienestar físico, emocional, espiritual, social, intelectual y ocupacional que concede al individuo compensar sus necesidades, ya sean individuales y colectivas (21).

La calidad de vida tiene además un apartado económico, pues el ser humano requiere varios ambientes de orden social y económico, con el fin de favorecer en su desarrollo y satisfacer sus requerimientos de tipo material; por lo que esto implica que las redes de apoyo social ofrezcan un apoyo económico en distintos grados implicación (22).

Las redes de apoyo social formales tienen un papel fundamental en la calidad de vida al ser un catalizador que refuerza la identidad como grupo y ofrecer apoyo social y emocional, en sus programas diarios trabajan en información, consejería y asesoría a cada uno de sus miembros con el propósito de ampliar las relaciones sociales (22).

2.2.3 Situación Familiar del Adulto Mayor

El envejecimiento es un ciclo por el cual el ser humano atraviesa un proceso natural e inevitable que no incide únicamente en la persona, sino también en la familia y el entorno que los rodea, por lo que se destaca la importancia de establecer medidas de prevención y promoción en el adulto mayor ya que atraviesan deterioros físicos y mentales, mínimas oportunidades sociales, pérdida de relaciones familiares e interpersonales debido a la falta de información y preparación para afrontar esta etapa (23).

El apoyo social tiene influencia directa en el estado emocional y las actitudes; estudios recientes revelaron que una red social adecuada está comprendida por el núcleo familiar, y que los hijos y conyugue son el mayor soporte de apoyo para el adulto mayor, además están relacionados con la salud física y bienestar psicológico (23).

La soledad es una circunstancia muy dolorosa en la vida del adulto mayor, ya que termina la comunicación dentro del grupo familiar y los sentimientos se dan al olvido, influyendo así en su condición ya que pierden la actividad social y capacidad de socialización; actualmente cuando un adulto mayor es abandonado por sus familiares la ley sancionará a los mismos por ejecutar un

acto inhumano, ya que el adulto mayor debe sentirse en un ambiente acogedor donde se cubran todas sus necesidades, incluso las económicas (23, 24).

De la misma forma, existen casos en los que el adulto mayor es llevado a un hogar de acogida, pero de la misma forma requieren visitas de sus familiares con el fin de que se demuestre afecto para que no se sientan abandonados, no queridos o que sean una carga para su familia, evitando así depresión, angustia, ansiedad e incluso psicopatías (24).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Determinar la situación sociofamiliar y la calidad de vida en salud de los adultos mayores del Área de Geriátría del Hospital José Carrasco Arteaga, durante el periodo febrero a septiembre del año 2019.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio según: edad, sexo, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico.
- Describir el nivel y los tipos de comorbilidades presentadas por los participantes.
- Identificar la situación socio-familiar de la población de estudio.
- Determinar según el EuroQol-5D la calidad de vida de los adultos mayores en las siguientes dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y/o malestar y ansiedad/depresión.
- Establecer la autovaloración del estado de salud de la población de estudio según el cuestionario EuroQol-5D.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Diseño general del estudio

4.1.1. Tipo de estudio: cuantitativo, observacional, descriptivo, cohorte transversal.

4.1.2. Área de investigación: la investigación se aplicó en el área de consulta externa de Geriátrica en el Hospital José Carrasco Arteaga, localizado en la provincia del Azuay, cantón Cuenca, Ecuador.

4.1.3. Universo de estudio: durante el año 2018 de acuerdo a los registros se atendieron en el área de geriatría del Hospital José Carrasco 3872 pacientes, por lo que se tomó como referencia.

4.1.4. Selección y tamaño de la muestra: en base al universo que se expuso de 3872 pacientes, se consideró un 95% de nivel de confianza y un 5% de error y de acuerdo a una frecuencia de 27.3% de riesgo social por la aplicación de la Escala de Gijón en otra investigación (25), se obtuvo una muestra de 283 pacientes, la aleatorización de la muestra se consiguió mediante el programa EPIDAT versión 4.2.

4.1.5. Unidad de análisis y de observación: pacientes atendidos en el Área de Geriátrica del Hospital José Carrasco Arteaga durante el año del 2019.

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1. Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años atendidos en el Área de Geriátrica del Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo de febrero a septiembre del 2019.
- Firma del consentimiento informado

4.2.2. Criterios de exclusión

- Formularios con datos incompletos
- Adultos mayores con demencia y/o alteraciones psiquiátricas.

4.3. Métodos e instrumento para obtener la información

4.3.1. Técnica: Encuesta

4.3.2. Métodos de procesamiento de la información: Observacional

4.3.3. Procedimiento para la recolección de información y descripción de instrumentos a utilizar: se elaboró un cuestionario de recolección de datos que contenía las variables de estudio, en primera instancia se recogieron variables sociodemográficas, que incluyó: sexo, edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico; en segunda instancia se solicitó información sobre las comorbilidades de los participantes del estudio para posteriormente obtener el nivel de comorbilidad tras utilizar el Índice de Charlson y finalmente se obtuvo datos sobre las redes de apoyo social y calidad de vida.

Todos los cuestionarios que se aplicaron para la presente investigación son formularios validados en otras investigaciones es así que:

- Para obtener el nivel de comorbilidad se utilizó el índice de Charlson, el cual es una escala validada que consta de 8 comorbilidades a las que se asigna un punto y dos puntos respectivamente; se considera que el paciente tiene ausencia de comorbilidad cuando su puntaje va entre 0 y 1, comorbilidad baja cuando su valor es 2 y alta comorbilidad cuando es igual o mayor a 3 (14).
- Para categorizar el nivel socioeconómico de los adultos mayores se aplicó la escala de Graffar Méndez Castellanos, la cual, bajo 4 variables específicas, que se valoran en un puntaje entre 4 a 20 encasillaron a estas personas en distintos estratos sociales desde un nivel alto a un marginal (26).
- En cuanto a situación sociofamiliar se aplicó la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón (abreviada y modificada, versión Barcelona), la cual fue elaborada por dicho autor en el año de 1999, y ha sido validada por múltiples estudios de la literatura biomédica (27), contando con una fiabilidad de 0.95 (28); dicho cuestionario evaluó 3 esferas: la familiar, social y las redes generales de apoyo social, categorizando a los adultos mayores en una buena situación social (bajo riesgo de

institucionalización) si el puntaje es \leq a 7 puntos, riesgo social (situación intermedia) 8-9 puntos y con deterioro social severo (alto riesgo de institucionalización) con una puntuación mayor a 10 (29).

- Además, se utilizó la escala de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) el cual es un instrumento sobre funcionamiento familiar, que incluye 14 preguntas, a cada una se establece una calificación que va de 1 a 5, según la periodicidad en que acontece la situación. Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5). El puntaje final se cataloga como: de 70 a 57 puntos = familia funcional, de 56 a 43 puntos = familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos = familia disfuncional y de 27 a 14 puntos = familia severamente disfuncional (30).
- Y finalmente para la calidad de vida se usó EuroQol-5D (EQ-5D), el cual es un instrumento validado en otras investigaciones, contiene dos partes, la primera hace referencia a en su sistema descriptivo tiene 5 dimensiones en salud que son: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas/dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problema, algunos problemas o problemas moderados), en esta parte el participante marcó el nivel de gravedad correspondientes a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que complete el cuestionario; la segunda parte del formulario EQ-5D es una Escala de Valoración Analógica Vertical (EVA), que mide 20 centímetros y que se encuentra milimetrada, y va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), en ella el individuo marcó el punto en aplicación del instrumento, este uso de EVA es una puntuación complementaria al sistema descriptivo antes mencionado de la autoevaluación del estado de salud del adulto mayor (31).

4.3.4. Supervisión: la supervisión del presente trabajo se realizó por el director y/o asesor de la investigación.

4.4 Plan de tabulación y análisis de resultados: el análisis de los datos se realizó por medio de estadística descriptiva, la información se presentó en forma de tablas personalizadas, y en dependencia al tipo de variables, para las

cuantitativas se aplicó la media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (DS) para las cualitativas con frecuencias (N^0) y porcentajes (%).

4.5 Programas Utilizados: Para el manejo, la presentación y el análisis de datos se utilizó los programas Excel 2014, Microsoft Word 2014, Statistical Package for the Social Sciences 15 MB, Epidat 3.1 y Google Chrome 40.0.

4.6 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos

- Previo al inicio de recolección de la información se contó con la autorización del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, además de las autoridades correspondientes del Hospital José Carrasco Arteaga. un consentimiento informado
- Cada participante firmó el consentimiento informado.
- Se guardó absoluta confidencialidad de la información recabada en las historias clínicas de los participantes de la presente investigación, para lo cual se codificaron los formularios con códigos de tres dígitos.
- El manejo de la base de datos se realizó únicamente por la investigadora.
- Los registros de papel se mantuvieron en un lugar cerrado y protegido.
- La autora declaró que no existen conflictos de interés con los participantes de la investigación.

4.5. Descripción de variables

Características Sociodemográficas: Edad, sexo, instrucción, estado civil, residencia

Variables de situación familiar y calidad de vida: Comorbilidades, calidad de vida en salud, red de apoyo social, nivel socioeconómico.

4.6. Operacionalización de Variables: (Ver Anexo 2)

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del Estudio

El presente estudio está conformado por 283 participantes de quienes se obtuvieron los datos por medio de una encuesta para la posterior elaboración de las tablas.

5.2 Características de la población de Estudio

Tabla 1: Distribución según características sociodemográficas de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	
Edad			
61 a 65 años	44	15.5	
66 a 70 años	102	36	
71 años o mas	137	48.4	
Total	283		100
Sexo			
Hombre	99	35	
Mujer	184	65	
Total	283		100
Residencia			
Urbana	229	80.9	
Rural	54	19.1	
Total	283		100
Instrucción			
Primaria	200	70.7	
Secundaria	31	11	
Superior	18	6.4	
Ninguna	34	12	
Total	283		100
Estado civil			
Soltero/a	29	10.2	
Casado/a	151	53.4	
Viudo/a	73	25.8	
Unión libre	19	6.7	
Divorciado/a	11	3.9	
Total	283		100
Nivel socioeconómico			
Alto	23	8.1	
Medio	48	17	
Medio-bajo	78	27.6	
Bajo	109	38.5	
Marginal	25	8.8	
Total	283		100

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

Participaron en esta investigación 283 adultos mayores, donde observamos que el 48.4% tuvo 71 años o más, el 65% eran mujeres, un 80.1% residen en áreas urbanas, el 53.4% casados y el 70.7% tienen instrucción primaria. En cuanto al nivel socio-económico se encontró que la mayoría pertenece al nivel bajo y medio bajo (61,2% n: 188), además casi un 10% se encuentra en nivel Marginal (tabla 1).

5.3. Comorbilidades

5.3.1. Nivel de comorbilidad

Tabla 2: Nivel de Comorbilidad de acuerdo al índice de Charlson de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de Comorbilidad	135	47.7
Comorbilidad Baja	80	28.3
Comorbilidad Alta	68	24
Total	283	100

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

En relación a las comorbilidades se utilizó el índice de Charlson donde un 52.3% presentaron comorbilidad distribuidas en 28.3% comorbilidad baja y 24% comorbilidad alta (tabla 2).

Tabla 3: Principales comorbilidades de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	N	Porcentaje
Hipertensión Arterial	155	54.8
Diabetes mellitus tipo II	51	18
Artrosis	77	27.2
Otros	156	55.1

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

Respecto a las comorbilidades señaladas por los participantes del estudio 54.8% tenían hipertensión arterial, un 55.1% otras patologías como: depresión, hipotiroidismo, hiperplasia prostática, Parkinson; mientras que en menor frecuencia se evidenciaron pacientes con DMT2 y artrosis con el 27.2% y el 18% respectivamente (tabla 3).

5.4. Situación socio-familiar

Tabla 4: Situación socio-familiar según la escala de Gijón y escala de funcionalidad familiar de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriátrica del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

Situación Social	Frecuencia	Porcentaje
Situación social buena	115	40.6
Situación social intermedia	63	22.3
Deterioro social severo	105	37.1
Total	283	100
Funcionalidad familiar		
Moderadamente funcional	137	48.4
Disfuncional	72	25.4
Severamente disfuncional	74	26.1
Total	283	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

El nivel de valoración socio-familiar según la Escala de Gijón de los 283 se estableció de la siguiente manera: un 59.4% presentan deterioro social, de los cuales 37.1% presentaron un deterioro social severo ameritando un alto riesgo de institucionalización; además la disfuncionalidad familiar se encontró en un 51,5%, distribuida en disfuncionales y severamente disfuncionales con un 26.1% y 25.4% respectivamente (tabla 4).

5.5. Calidad de vida en el adulto mayor

Tabla 5: Calidad de vida según EuroQol-5D en la dimensión de movilidad de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
No tienen problemas para caminar	79	27.9
Tienen algunos problemas para caminar	158	55.8
Tienen que estar en cama	46	16.3
Total	283	100

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

En relación a la calidad de vida según el EuroQol-5D en la dimensión de movilidad, 72.1% refirieron tener problemas para caminar, de los cuales el 16.3% aseguran que deben permanecer en cama. (Tabla 5).

Tabla 6: Calidad de vida según EuroQol-5D en la dimensión de cuidado personal de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
No tienen problemas con el cuidado personal	164	58
Tienen algunos problemas para lavarse o vestirse solos	77	27.2
Son incapaces de lavarse o vestirse solos	42	14.8
Total	283	100

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

En la esfera de cuidado personal un 42% de los participantes refirieron tener problemas, es decir, 27.2% refirió poseer problemas para lavarse o vestirse solo y el 14.8% indicaron ser incapaces de lavarse o vestirse solos (tabla 6).

Tabla 7: Calidad de vida según EuroQol-5D en la dimensión de actividades cotidianas de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
No tienen problemas para realizar mis actividades diarias	143	50.5
Tienen algunos problemas para realizar sus actividades diarias	97	34.3
Son incapaces de realizar sus actividades diarias	43	15.2
Total	283	100

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

Respecto a las actividades cotidianas de los adultos mayores encuestados, un 49.5% indicó tener problemas para realizar sus actividades diarias, de ellos un 15.2% son incapaces de realizar sus actividades diarias. (Tabla 7).

Tabla 8: Calidad de vida según EuroQol-5D en la dimensión de dolor y/o malestar de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
No tenían dolor ni malestar	102	36
Indicaron tener moderado dolor o malestar	110	38.9
Indicaron presentar mucho dolor o malestar	71	25.1
Total	283	100

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

Los adultos mayores indicaron que el 64% presentaron dolor al momento de participar en el estudio (tabla 8).

Tabla 9: Calidad de vida según EuroQol-5D en la dimensión de ansiedad y/o depresión de 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
No se encuentran ansioso/a ni deprimido/a	60	21.2
Están moderadamente ansioso/a o deprimido/a	77	27.2
Están muy ansioso/a o deprimido/a	146	51.6
Total	283	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

El 78.8% de los participantes indicaron que encontrarse ansiosos y/o deprimidos al momento del estudio, 51,6% refirieron sentirse muy ansiosos y/o deprimidos (tabla 9).

Tabla 10: Escala de Valoración Analógica Vertical del Estado de Salud en 283 adultos mayores atendidos en el Área de Geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Termómetro calidad de vida	77.4	12.08	44	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Andrea Maldonado Palacios

Según la Escala de Valoración Analógica Vertical del estado de salud la cual toma en consideración un valor de 100 con el mejor estado de salud y con 0 con el peor; de acuerdo con la autopercepción de los adultos mayores se obtuvo una media de 77.4 puntos con una desviación estándar ± 12.08 y un valor mínimo de 44 y máximo de 100 (tabla 10).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El envejecimiento es un proceso que conlleva una serie de cambios tanto físicos como psicológicos y sociales en la vida del ser humano, el cual implica necesariamente al apoyo social y familiar como base, ya que el adulto mayor debe tener la capacidad de desarrollar su potencial con normalidad hasta sus últimos momentos. La revisión bibliográfica acerca del tema es escasa en nuestra población, la gran mayoría de investigadores realizan otro tipo de enfoques olvidando la importancia de la situación sociofamiliar y el papel de redes de apoyo social en la vida del adulto mayor.

En el presente estudio se encuestaron a 283 adultos mayores, de los cuales el 65% fueron de sexo femenino, con respecto al estado civil 53.4% fueron pacientes casados, 25.8% viudos, 6.7% en unión libre y 3.9% divorciados; datos similares se reportaron en el estudio realizado por Zapata López BI y sus colaboradores donde el 59.8% fueron de sexo femenino y de acuerdo al estado civil el 47.3% fueron casados, 29.7% divorciados, 5.4% en unión libre y 4.6% viudos; así como también concuerdan datos sobre el nivel de instrucción, ya que al igual que en el presente estudio la mayoría de encuestados tuvieron instrucción primaria 69.5% y el porcentaje de participantes sin nivel de instrucción fue 16.7% (4).

De acuerdo al nivel de comorbilidad según el índice de Charlson donde se evidenció que el 47.7% de los participantes de acuerdo a su puntaje refirieron ausencia de comorbilidad, mientras que 28.3 tuvieron comorbilidad baja y 24% comorbilidad alta; Hernández I. y sus colaboradores realizaron un estudio donde señalaron que un 60% tuvieron ausencia de comorbilidad, 26.2% comorbilidad baja y 13.8% comorbilidad alta (32); además entre los participantes de este estudio se evidenció que la patología con mayor prevalencia fue la hipertensión arterial con un 54.8%, siguiéndole la artrosis con un porcentaje de 27.2%, finalmente la diabetes mellitus tipo II con una incidencia del 18%, cabe recalcar que se encontraron otras patologías como depresión, hipotiroidismo, cáncer con un 55.1%; así como un estudio realizado por Delgado Sanz M et al., el cual plantea la influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D discrepa en la patología con mayor prevalencia, siendo la

artrosis con un 73.5%, seguida de la hipertensión arterial con 51.5% y finalmente diabetes con 21.4%, cabe recalcar la importancia de las comorbilidades pueden influir de cierta manera en los resultados del instrumento EQ-5D (33).

La funcionalidad familiar es un aspecto importante para una buena calidad de vida, en este estudio de acuerdo a la Escala de Funcionalidad Familiar se evidenció que el 48.4% de los participantes pertenecen a familias moderadamente funcional, 25.4% son disfuncionales y 26.1% severamente disfuncionales, evidenciándose que la familia, uno de los principales soportes para el adulto mayor se ve deteriorado; un estudio realizado en Guaraynag, Azuay en el año 2016 con el mismo instrumento se determinó que el 72% de encuestados pertenecían a familias moderadamente funcionales, 19% son disfuncionales a nivel familiar y apenas un 9% tienen una familia severamente disfuncional (34).

Así, como otro aspecto importante para valorar la calidad de vida en el adulto mayor y la necesidad de una red de apoyo social en este estudio es la situación sociofamiliar mediante la Escala de Gijón modificada reflejando un 40.6% para situación social buena, 37.1% para deterioro social y 22.3% situación social intermedia; mientras que un estudio realizado por Montenegro L. y sus colaboradores en Lima- Perú reveló que 50.6% de los participantes de su estudio tuvieron una situación social buena, 41.6% con una situación intermedia y 7.8% con deterioro social; es decir en ambos estudios se puede identificar que existen personas con riesgo social (35).

De acuerdo al instrumento EuroQol-5D se analizó 5 dimensiones con la finalidad de evaluar el nivel de problema que tenga cada encuestado en cada una de ellas y por ende la calidad de vida que lleva cada uno; la primera dimensión estudiada es movilidad, en el presente estudio el 55.8% presenta algunos problemas para caminar, seguido de 27.9% que no tienen ningún problema para caminar y 16.3% de los participantes tienen que estar en cama, De la Fuente M. y sus colaboradores detallan que únicamente un 38.3% refirieron tener algunos problemas para caminar, 8.2% refirieron tener que permanecer encamados y 53.5% no tienen ningún tipo de problema para caminar (36); por otro lado Delgado Sanz M et al., señala en su estudio que de sus encuestados 40% refirieron no tener problemas para caminar, 52% tuvieron algunos problemas

para caminar y 8% tuvieron que estar en cama por su dificultad de movilización (33).

De igual manera se analizó la dimensión de cuidado personal en este estudio encontrándose que no fue un problema significativo para la mayoría de los participantes ya que el 58% no tuvo problemas, el 27.2% tuvo algunos problemas para lavarse o vestirse solos y 14.8% son incapaces de hacerlo por sí mismos; concordando con el estudio de Delgado Sanz M y sus colaboradores quienes revelaron que un 62.4% de sus encuestados no tuvieron problemas para su cuidado diario, 27.2% tuvieron algunos problemas y apenas un 10.4% tuvieron incapacidad para lavarse por sí solos (33), finalmente De la Fuente M et al., revela que un 54.2% de sus encuestados no tuvieron problemas, 30.3% tuvieron algunos problemas y un 15.5% tuvieron invalidez para vestirse y lavarse solos (36).

En este estudio la dimensión de actividades cotidianas reveló que el 50.5% no tuvieron problemas, 34.3% tuvieron algunos problemas y 15.2% tuvieron incapacidad para hacer sus actividades diarias por si solos; Delgado Sanz M et al., establece que en su estudio esta dimensión no es relevante ya que apenas un 20.3% presenta algunos problemas para realizar sus actividades diarias y el 79.7% no presenta ningún tipo de problemas al ejercer sus actividades diarias (33); De la Fuente M y sus colaboradores revelaron que escasamente un 2.3% tuvieron incapacidad de realizar sus actividades solos, 72.4% no tuvieron problemas al realizar sus actividades cotidianas y 25.3% presentaron algunos problemas para hacer sus actividades diarias (36).

Por otra parte, una dimensión que llamó la atención fue la de dolor y malestar debido a que las comorbilidades de los pacientes pueden influir directamente sobre la misma, en este estudio un 38.9% de los participantes señalaron tener moderado dolor o malestar, 36% no tuvieron dolor y 25.1% presentaron mucho dolor o malestar, de igual forma en el estudio realizado por De la Fuente M. y sus colaboradores 36% no tuvieron dolor, 50.4% tuvieron moderado dolor o malestar y 13.6% refirieron tener mucho dolor o malestar (33); mientras que el estudio de Delgado- Sanz M. et al., reveló que el 60.3% no presentó dolor, un 26.2% presento moderado dolor o malestar y 13.5% tuvo mucho dolor o malestar (36).

Mientras que, en este estudio dentro de la dimensión de ansiedad/depresión apenas un 21.2% no se encontraban ni ansiosos ni deprimidos, 27.2% estaban moderadamente ansiosos o depresivos y un 51.6% estuvieron muy ansiosos o deprimidos al momento del estudio, siendo cifras alarmantes al momento de analizarlas, ya que la calidad de vida se ve directamente afectada, De la Fuente M y sus colaboradores no concuerdan con el estudio ya que de sus participantes pobremente un 16.2% se encontraban muy ansiosos y deprimidos y un 72.3% no se encontraban con ninguna de estas alteraciones (33); de la misma forma, Delgado- Sanz M. et al no concuerda con el estudio ya que un 67% no presentaron ninguna afección, 16.2% tuvieron problemas moderados y 16.8% refirieron estar muy ansiosos o deprimidos (36); por tanto únicamente en nuestro medio esta dimensión es sumamente importante y se ve claramente la forma en la que afecta la calidad de vida.

Finalmente, con respecto al termómetro de calidad de vida en el cual cada participante señaló su propio estado de salud percibido por sí mismo se identificó una media de 77.4 con una desviación estándar de ± 12.08 , en el estudio de Delgado- Sanz los participantes señalaron una media de 83.2 y una desviación estándar de ± 25.04 (36), mientras que De la Fuente M y sus colaboradores en su estudio revelaron que su media fue 76.2 con una desviación estándar de ± 10.02 (33).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- En el estudio participaron 283 adultos mayores, donde casi la mitad tuvieron 71 años o más, la mayoría de participantes fueron del sexo femenino y pertenecientes al área urbana, predominó la instrucción primaria y el estado civil casado, gran porcentaje de los encuestados refirieron tener un nivel socioeconómico bajo y medio bajo.
- De acuerdo al nivel de comorbilidad se utilizó el índice de Charlson donde más de la mitad de adultos mayores encuestados presentaron niveles de comorbilidad, la más frecuente fue la hipertensión arterial, mientras que la artrosis se presentó en él un tercio de los encuestados y la diabetes mellitus en una quinta parte de los participantes; se refirieron otras patologías en menor frecuencia como: depresión, hipotiroidismo y cáncer.
- Con respecto a la situación sociofamiliar, la mayoría de participantes refirieron tener problemas de funcionalidad familiar, ya sean como familias disfuncionales o severamente disfuncionales; además de acuerdo a la escala de Gijón se evidenció que de la totalidad de la muestra presentan deterioro social ya sea moderado o severo.
- Según el EuroQol-5D se valoraron 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor y ansiedad/depresión; en la dimensión de movilidad en su mayoría refirieron tener algunos problemas en la deambulacion mientras que en menor porcentaje refirieron tener que mantenerse en cama; tanto en la dimensión de cuidado personal y la de actividades cotidianas el porcentaje más alto refirió no tener dificultad con su cuidado personal por lo resultaron no ser muy relevantes, en el espacio de dolor llamó la atención que en su mayoría los encuestados presentaban moderado dolor o malestar o sentían mucho dolor y malestar respectivamente; en la dimensión de ansiedad/depresión llama la atención que la mayoría de los encuestados señalaron estar muy ansiosos y deprimidos, lo cual influye directamente en la calidad de vida del adulto mayor.

- Finalmente, de acuerdo a la escala de valoración analógica vertical del estado de salud donde cada encuestado señaló su estado siendo 100 el mejor estado de salud imaginable y 0 el peor estado de salud imaginable, la mayoría fue mayor a 70/100, lo que quiere decir que a pesar de los resultados en las otras dimensiones el adulto mayor sigue teniendo una autopercepción positiva de sí mismo.

7.2 Recomendaciones

- Se recomienda implementar y reforzar estrategias y programas de atención en el adulto mayor con el fin de valorar su calidad de vida y situación sociofamiliar
- Educar tanto a pacientes como a familiares acerca de la importancia de que el adulto mayor cuente con soporte tanto social como familiar.
- Informar y educar al personal de salud acerca de una atención de calidad para el adulto mayor, con el fin de que se detecte de forma temprana a pacientes que tengan familias o entornos disfuncionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molero M del M, Pérez-Fuentes M del C, Gázquez JJ, Sclavo E. Apoyo familiar en mayores institucionalizados. Eur J Investig Health Psychol Educ [Internet]. 22 de octubre de 2015 [citado 20 de junio de 2019]; 1(1):31-43. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/14>
2. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Gaviria AM, Chavarría F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Inf Psicológicos [Internet]. 13 de abril de 2016 [citado 20 de junio de 2019]; 0(8):89-106. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120>
3. Paterne G, Bardales Y, Martínez M. Calidad de vida. Barcelona: Elsevier; 2012. 155-162 p.
4. Zapata-López BI, Delgado-Villamizar NL, Cardona-Arango D. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. Rev Salud Pública [Internet]. diciembre de 2015 [citado 20 de junio de 2019]; 17:848-60. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642015000600003&script=sci_arttext&tlng=en
5. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y Salud [Internet]. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=46A1CF787407472BA9B1E69742A2F1C0?sequence=1
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Día mundial de la población [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

8. Zavala V, Paredes M, Rodriguez V, Garay S. Older persons and human rights in Latin America and the Caribbean. *J Health Popul Dev Ctries*. 17 de septiembre de 2018;2.
9. Calderón C, Gruchenska K. El envejecimiento y el sistema general de pensiones del Ecuador. enero de 2015 [citado 22 de junio de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/134600>
10. Bustamante MA, Lapo M del C, Torres JD, Camino SM. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Inf Tecnológica* [Internet]. 2017 [citado 22 de junio de 2019];28(5):165-76. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-07642017000500017&lng=es&nrm=iso&tlng=en
11. Fusté Bruzain M, Pérez Inerárit M, Paz Enrique LE. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Rev Noved En Poblac* [Internet]. junio de 2018 [citado 22 de junio de 2019];14(27):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-40782018000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Alfonso Figueroa L, Soto Carballo D, Santos Fernández N. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río* [Internet]. 2016 Feb [citado 2019 Jun 11]; 20(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es.
13. Zapata López BI, Delgado Villamizar NL, Cardona Arango D. Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. *Rev Salud Pública*. 19 de febrero de 2016;17(6):848-60.
14. Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Tello-Rodríguez T, Ortiz-Saavedra P, Gálvez-Cano M, Casas-Vásquez P, et al. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* [Internet]. octubre de 2015 [citado 22 de junio de 2019];32(4):709-16. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342015000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Garayo MI, Reyes MG, Galeano MB. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR, Paraguay. Elsevier [Internet].2017; 43:(Espec Congr 1):1453. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-39-congreso-nacional-semergen-55-sesion-atencion-al-anciano-3710-comunicacion-valoracion-socio-familiar-del-adulto-mayor-43719-pdf>
16. Mamani H. Percepción del proceso de envejecimiento, apoyo social y la calidad de vida en adultos mayores Microred ciudad Blanca. Paucarpata. Arequipa-2014 [Internet]. [Perú]: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2014. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2320/ENmaquhj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. Clemente A. REDES SOCIALES DE APOYO EN RELACION AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO HUMANO REVISION BIBLIOGRAFICA. Argentina. [Internet]. Revista de Psicología Interdisciplinaria; 2003;31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>
18. Fernández J. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos en una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. [Internet]. Servei de Publicacions; 2009. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15670/fgarrido.pdf?sequence=1>
19. Medina M, Rodolfo J. El abandono del adulto mayor y su incidencia a la mendicidad en la ciudad de Quito en el año 2014, frente a la obligación del Estado a brindar protección. marzo de 2016 [citado 22 de junio de 2019]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5817>
20. Aponte Daza V. Calidad de Vida en la Tercera Edad, Bolivia. Ajayu [Internet]. 2015 [citado 2019-08-19]; 13(2): 152-182 . Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es.

21. Corugedo Rodríguez M del C, García González D, González Arias VI, Crespo Lechuga GA, González García G, Calderín Hernández M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. junio de 2014 [citado 22 de junio de 2019];30(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Ministerio de desarrollo Social de Chile. Cuarta encuesta nacional de inclusión y exclusión social 2015 [Internet]. Chile; 2015. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Cuarta-Encuesta-Nacional-Inclusion-Exclusion-Social-de-las-Personas-Mayores-en-Chile-2015.pdf>
23. Cristina Lissette Loor López y Jayne Betsy Rodríguez Álava (2018): “El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el Centro Gerontológico Casa Hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí en el año 2018”. Revista Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/abandono-adulto-mayor.html>
[//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1812abandono-adulto-mayor](https://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1812abandono-adulto-mayor)
24. Pérez, M. EL BONO DE DESARROLLO HUMANO Y SU IMPACTO SOCIAL EN LA COMUNA JUAN MONTALVO. [Internet]. 2016 [citado 24 de junio de 2019];33(3):175-9. Disponible en: <http://www.discapacidadonline.com/bono-desarrollo-humano-enfrenta-rafael-correa-banca-ecuatoriana.html>
25. Villarreal Amaris GE, Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Rev Científica Salud Uninorte [Internet]. 8 de junio de 2012 [citado 22 de junio de 2019];28(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/3952>
26. Polizzi L, Arias CJ. Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos. Pensando Psicol [Internet]. 15 de diciembre de 2014 [citado 22 de junio de 2019];10(17):61-70. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/785>

27. Alarcón T, González Montalvo JI. La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. Rev Esp Geriatria Gerontol [Internet]. 1 de mayo de 1998 [citado 22 de junio de 2019];33(3):175-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-escala-socio-familiar-gijon-instrumento-13006000>
28. González JVG, Palacios ED, García AS, González DC, Caicoya AM. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999; 23:7.
29. Miralles R, Ascención E. Instrumentos y escalas de valoración [Internet]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf
30. Fuentes A, Merino J. Validación de un instrumento de Funcionalidad Familiar. 2016.
31. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 15 de octubre de 2001 [citado 22 de junio de 2019];28(6):425-30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>
32. Hernández Cerón I. Martínez Ruíz M. Sánchez López A. Reolid Martínez R. Tello Nieves G. Párraga Martínez I. Análisis de comorbilidad y calidad de vida de pacientes mayores polimedicados. Rev Clinic Med Familiar [Internet]. marzo de 2016 [citado 18 de enero de 2020]; 9(2):91-99. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v9n2/original3.pdf>
33. Delgado-Sanz MC, Prieto-Flores M-E, Forjaz MJ, Ayala A, Rojo-Perez F, Fernandez-Mayoralas G. INFLUENCIA DE LOS PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD EN LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO EQ-5D: ESTUDIO EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS (*). Rev Esp Salud Pública. 2011; 85:14.
34. Segarra M. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA GUARAYNAG, AZUAY. 2015-2016. 2017. [Citado 18 de enero de 2020]; Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27169/1/Tesis.doc.pdf>

35. Montenegro Saldaña Luis, Salazar Roque Claudia, De la Puente Olortegui Carlos, Gómez S
36. Garapura Adolfo, Ramírez Aranda Erick. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta méd. peruana [Internet]. 2009 Jul [citado 2020 Ene 21]; 26(3): 169-174. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300005&lng=es.
37. De la Fuente Sanz MM, Fernández de Santiago FJ, Navas Cámara FJ. Descripción de la calidad de vida en una población anciana institucionalizada. Rev Esp Geriátría Gerontol. marzo de 2011;46(2):111-2.

ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código formulario: _____ Historia clínica: _____

Edad: _____

Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

Residencia: 1. Urbana 2. Rural

Instrucción:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Superior
4. Ninguna

Estado civil:

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Viudo/a
4. Unión libre
5. Divorciado/a

A usted le han diagnosticado de alguna enfermedad 1. Sí 2. No (si respondió si conteste la siguiente pregunta).

De que enfermedad le han diagnosticado (puede marcar varias respuestas a la vez)

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes
3. Artrosis
4. Otras ¿Cuáles? _____

¿Usted pertenece a algún grupo de adultos mayores promovido por el IESS?

1. Sí
2. No

¿Si respondió sí cuál es el grupo al que pertenece? _____

¿Usted pertenece a algún otro grupo de adultos mayores promovido por alguna otra institución?

1. Sí
2. No

¿Si respondió sí cuál es el grupo al que pertenece? _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO-ESCALA DE GRAFFAR MÉNDEZ

	Items	Puntos
2.1. Profesión del jefe de hogar	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)	<input type="checkbox"/> (1)
	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores	<input type="checkbox"/> (2)
	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	<input type="checkbox"/> (3)
	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	<input type="checkbox"/> (4)
	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	<input type="checkbox"/> (5)
2.2. Nivel de instrucción de la madre	Enseñanza Universitaria o su equivalente	<input type="checkbox"/> (1)
	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.	<input type="checkbox"/> (2)
	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	<input type="checkbox"/> (3)
	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)	<input type="checkbox"/> (4)
	Analfabeta	<input type="checkbox"/> (5)
	Fortuna heredada o adquirida	<input type="checkbox"/> (1)
	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales	<input type="checkbox"/> (2)

2.3. Principal fuente de ingreso de la familia	Sueldo mensual	<input type="checkbox"/> (3)
	Salario semanal, por día, entrada a destajo	<input type="checkbox"/> (4)
	Donaciones de origen público o privado	<input type="checkbox"/> (5)
2.4. Condiciones de alojamiento	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	<input type="checkbox"/> (1)
	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios	<input type="checkbox"/> (2)
	Viviendas con buenas condiciones, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	<input type="checkbox"/> (3)
	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en condiciones sanitarias	<input type="checkbox"/> (4)
	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.	<input type="checkbox"/> (5)

Autor: Graffar-Méndez Castellanos, 1994.

Fuente: Polizzi L, Arias CJ. Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos. Pensando Psicol [Internet]. 15 de diciembre de 2014 [citado 22 de junio de 2019];10(17):61-70. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/78>

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR ABREVIADA Y/O MODIFICADA DE GIJÓN
<p>SITUACION FAMILIAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto 2. Vive con pareja de similar edad 3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no puede o no quieren atenderlo 4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades 5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia <p>RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio 2. Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa 3. Solo se relaciona con familia, sale de casa 4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (mayor a 1 por semana) 5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (o menos de 1 por semana) <p>APOYO DE LA RED SOCIAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No necesita ningún apoyo 2. Recibe apoyo de familia y/o vecinos 3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajadora familiar, vive en residencia, clubes, etc.) 4. Tiene soporte social, pero es insuficiente

5. No tiene ningún soporte social

PUNTUACION:

1. ≤ 7 puntos: Situación social buena (bajo riesgo institucionalización)
2. 8-9 puntos: situación intermedia
3. ≥ 10 puntos: deterioro social severo (alto riesgo institucionalización)

Autor: García-González JV, Díaz-Palacios E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández-SánchezA, Aceba IV.

Fuente: González JVG, Palacios ED, García AS, González DC, Caicoya AM. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999;23:7.

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

	Ítems	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	2	3	4	5
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					

14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos						
----	---	--	--	--	--	--	--

INTERPRETACION:	
1. Familia funcional.	70 a 57 puntos.
2. Familia moderadamente funcional.	56 a 43 puntos.
3. Familia disfuncional.	28 a 42 puntos.
4. Familia severamente disfuncional.	14 a 27 puntos.

Autor: Fuentes A, Merino J; 2016

Fuente: Fuentes A, Merino J. Validación de un instrumento de Funcionalidad Familiar. 2016..

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE SALUD EUROQOL – 5D

Marque con una cruz como ésta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy:

1. Movilidad	
- No tengo problemas para caminar	1. Normal
- Tengo algunos problemas para caminar	2. Algunos problemas
- Tengo que estar en cama	3. Graves problemas
2. Cuidado personal	
- No tengo problemas con el cuidado personal	1. Normal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	2. Algunos problemas
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	3. Graves problemas
3. Actividades de todos los días (ej. trabajar, estudiar hacer tareas domésticas, actividades familiares realizadas durante el tiempo libre)	
- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días	1. Normal
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días	2. Algunos problemas
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días	3. Graves problemas
4. Dolor/Malestar	
- No tengo dolor ni malestar	1. Normal
- Tengo moderado dolor o malestar	2. Algunos problemas
- Tengo mucho dolor o malestar	3. Graves problemas
5. Ansiedad/depresión	
- No estoy ansioso/a ni deprimido/a	1. Normal
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	2. Algunos problemas
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	3. Graves problemas

TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado
de salud
hoy

El mejor estado
de salud
imaginable

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

El peor estado
de salud
imaginable

Autor: Herdman M, Badia X, Berra S.

Fuente: Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 15 de octubre de 2001 [citado 22 de junio de 2019];28(6):425-30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Período de tiempo comprendido entre el nacimiento hasta la fecha actual	Temporal	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. 65 a 69 años 2. 70 a 74 años 3. 75 a 79 años 4. \geq 80 años
Sexo	Características fenotípicas observadas, con las que se pueden diferenciar los sexos.	Biológica Fenotípica	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
Instrucción	Nivel de estudios alcanzados durante su vida hasta la aplicación del formulario	Educativa	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Ninguna
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Social Legal	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 5. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Unión libre 5. Divorciado/a
Residencia	Lugar donde reside el participante	Geográfica	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbana 2. Rural
Comorbilidades	Patologías o trastornos crónicos diagnosticados a una misma persona en el transcurso de su vida	Biológica	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Hipertensión arterial 3. Artrosis 4. Otras
Calidad de vida en salud	Calidad de vida auto percibida por los participantes de la investigación según EUROQOL – 5D	Biológica Social Psicológica	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Algunos problemas 3. Graves problemas
Red de apoyo social	Redes de apoyo social valoradas según la escala de Gijón	Social Familiar	Formulario recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. \leq 7 Buena. 2. 8-9 Intermedia 3. \geq 10 deterioro social severo.
Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico de la familia del adulto mayor participante en el estudio determinado mediante la escala de Graffar	Social Económica	Formulario de recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4 a 6 = alto nivel 2. 7 a 9 = medio alto 3. 10 a 12 = medio bajo 4. 13 a 16 bajo 17 a 20 marginal
Funcionalidad Familiar	Relaciones solidarias en el núcleo familiar que proporcionan un equilibrio emocional y seguridad para afrontar a su entorno.	Familiar	Formulario de recolección datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moderadamente funcional 2. Disfuncional 3. Severamente disfuncional

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre del proyecto de Investigación:	"SITUACION SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DE ÁREA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, AÑO 2019"
Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra)	UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
Nombre del Investigador principal	Andrea Carolina Maldonado Palacios
Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email)	0999952473 / angymp_02@hotmail.com

Descripción del proyecto de Investigación
<p>Usted ha sido preguntado si le gustaría participar en este estudio que será realizado para desarrollar y obtener conocimientos que comprueben lo ya conocido o aporten con nuevos conocimientos sobre un problema de salud.</p> <p>Le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación que le hemos propuesto participar.</p> <p>Introducción: el envejecimiento poblacional ha presentado un crecimiento acelerado durante los últimos años y con él la premura y la necesidad de redes sociales de apoyo social del adulto mayor con el fin de mejorar la calidad de vida en salud durante la etapa de la vejez.</p>
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<p>Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores de 60 años atendidos en el Área de Geriatria del Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo del 2019. • Firma del consentimiento informado <p>Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formularios con datos incompletos • Adultos mayores con demencia senil y/o alteraciones psiquiátricas.
OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Determinar la situación sociofamiliar y la calidad de vida en salud de los adultos mayores del Área de Geriatria del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2019.
DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS
Una vez que usted acepte participar en la investigación, se le aplicará una encuesta con las preguntas del estudio.
RIESGOS Y BENEFICIOS
<p>Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.</p> <p>Además, en todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros pacientes.</p>

CONFIDENCIALIDAD

Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima (es decir, solo se transmitirán sus iniciales o el número que se le asigna); su nombre y dirección solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardará todas las normas antes establecidas.

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted con su firma acepta participar en el proyecto de investigación, declarando que se ha leído a usted toda la información respectiva de la investigación, que ha comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas. Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar con familiares u otros profesionales médicos independientes para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Si usted tiene cualquier otra pregunta que no esté suficientemente cubierta en esta información escrita o quiere obtener información adicional, su investigador a cargo le ayudará gustosamente. En caso de preguntas posteriores, por favor contactar al 0999952473 o al correo electrónico angymp_02@hotmail.com.

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante:	Fecha:
<i>Mercedes Muñoz</i>	21/04/2019.
Firma del Testigo:	Fecha:
<i>Zoraida Robayo</i>	
Firma del Investigador:	Fecha:
<i>Andrés Rodríguez</i>	

ANEXO 4: PRESUPUESTO

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autora del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Hoja A4	2500	0.01	25.00
	Impresiones	2500	0.02	50.00
	Fotocopias	1500	0.01	15.00
	Internet (horas)	300	0.1	30.00
	Esferográficos	2	0.6	1.20
	Alimentación	80	1	80.00
	Transporte	50	1	50.00
	Varios	1	70	70.00
TOTAL		--	USD	321.20

ANEXO 5: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES								RESPONSABLES
	2019								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Presentación y aprobación del protocolo									Investigadora Director
Elaboración del marco teórico									Investigadora Director
Revisión de los instrumentos de recolección de datos									Investigadora
Recolección de los datos									Investigadora
Análisis e interpretación de los datos									Investigadora Director
Elaboración y presentación de la información									Investigadora Director

ANEXO 6: OFICIO DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 25/9/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Situación sociofamiliar y calidad de vida en salud en los adultos mayores del área de geriatría del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2019.

Trabajo de titulación realizado por Andrea Carolina Maldonado Palacios

Código: Ma21SitME09



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO 7: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 25 de septiembre de 2019.

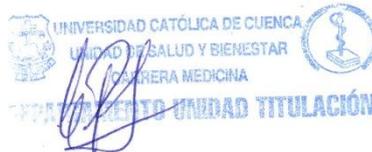
Señor Doctor
Marco Rivera Ullauri
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA - IESS
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina MALDONADO PALACIOS ANDREA CAROLINA con CI: 0104998811, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA DE GERIATRIA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2019". La Investigación será dirigida por la Dr. Gabriel Hugo, especialista en Medicina Interna, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

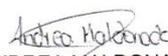


ANEXO 8: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN	
ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACION	
<p>En la ciudad de Cuenca, con fecha 26 de septiembre del presente año, recibo documento.</p>	
FECHA DE RECEPCION	26/09/2019
FECHA DE ACEPTACION	26/09/2019
FIRMA DE APROBACIÓN:	<i>a. Maldonado</i>
REVISADO POR:	DR: MARCO RIVERA.
TITULO	SITUACION SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AREA DE GERIATRIA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2019.
CONTENIDO	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	OCTUBRE 2019
AUTOR	ANDREA CAROLINA MALDONADO PALACIOS CI: 0104992821
CORREO ELECTRONICO	angymp_02@hotmail.com
DIRECCIÓN	Numa Pompilio Llona y Raúl Andrade
TELEFONO	4107896
CELULAR	0999952473

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia


CLAUDIA CABRERA TORAL
SECRETARIA


ANDREA MALDONADO PALACIOS
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

Av. José Carrasco Arteaga entre Popayan y Pacto Andino Conmutador: 07 2861500 Ext. 2053 P.O. Box 0101045 Cuenca – Ecuador, Investigación telf: 07 2864898 E-mail: revista.medica.hjca@gmail.com

ANEXO 9: INFORME DE ANTIPLAGIO

INFORME FINAL TRABAJO DE TITULACIÓN Angie Maldonado

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

2%

★ dspace.ucacue.edu.ec

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO 10: RÚBRICA DEL PRIMER PAR REVISOR



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: *Situación sociofamiliar y calidad de vida en salud en los adultos mayores del área de Geriátrica del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2019.*

Nombre del estudiante: *Andrea Carolina Maldonado Palacios*

Director: *Dr. Gabriel Hugo Melina*

Nombre de par revisor: *Dr. Luis Mario Chunchi Ayala*

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 /1
Redacción Científica	/			1 /1
Pensamiento crítico	/			1 /1
Marco teórico	/			1 /1
Anexos	/			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

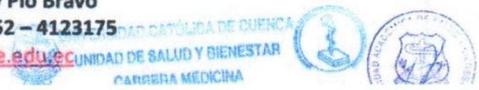
* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


Dr. Luis Mario Chunchi A.
MÉDICO INTERNISTA
Reg. NED 102801714
 Firma y sello de responsable


 Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



ANEXO 11: RÚBRICA DEL SEGUNDO PAR REVISOR



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Situación sociofamiliar y calidad de vida en salud en los adultos mayores del área de Geriatria del Hospital José Comas Arteaga, Cuenca 2019.

Nombre del estudiante: Andrea Carolina Maldonado Polacios.

Director: Dr. Gabriel Hugo Merino.

Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1 / 1
Redacción Científica	✓			1 / 1
Pensamiento crítico	✓			1 / 1
Marco teórico	✓			1 / 1
Anexos	✓			1 / 1
Total	✓			5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Firma y sello de responsable


 Dr. Fernando Jucá Tello.

Firma de aceptación del estudiante

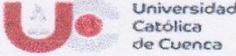


Manuel Vega y Pio Bravo
 Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



ANEXO 12: INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

 Universidad
Católica
de Cuenca

Informe Nro.: UCACUE-UTCM-041-2020-I
Cuenca, 11 de febrero de 2020

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el/la estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: El/la estudiante MALDONADO PALACIOS ANDREA CAROLINA, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: "SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ÁREA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2019", obteniendo las siguientes notas:

5. Rúbricas de director y asesor: 40/40
6. Rúbrica de pares revisores: 10/10
7. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
8. Total: 50/100

Revisores DR. LUIS MARIO CHUNCHI/ DR. FERNANDO JUCA
Director: DR. GABRIEL HUGO MERINO/ **Asesor:** DRA. JEANNETH TAPIA

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

El/la estudiante ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto, en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación el/la estudiante.

Atentamente,


Lcda. Carema Estrecho M, Sc.
Colaboradora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE


11 FEB 2020
RECIBIDO
RA: 16 mo 5 FIRMA: 

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui ☎ Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
☎ Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. ☎ Telf: 072235268, 072235970 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria
km.72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Telf: 2700393, 2700392