



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES Y FAMILIARES ASOCIADOS A LA
CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE DOS
CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021

AUTOR:

NIETO BLACIO, CLAUDIA DANIELA

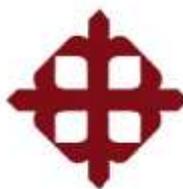
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

ARANDA CANOSA, SANNY

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Claudia Daniela Nieto Blacio*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Aranda Canosa MSc.

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Claudia Daniela Nieto Blacio

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Factores biopsicosociales y familiares asociados a la calidad de vida en adultos mayores de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Claudia Daniela Nieto Blacio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Claudia Daniela Nieto Blacio

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Factores biopsicosociales y familiares asociados a la calidad de vida en adultos mayores de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Claudia Daniela Nieto Blacio

URKUND

Original

Document information

Analyzed document: WITTO BLACIO CLAUDIA (DAMELA.pdf 2122463334)
Submitted: 2022-05-26T12:02:00.0000000Z
Submitted by:
Submitter email: claudia.witto@unig.edu.ec
Similarity: 0%
Analysis address: xavier.lanier.vog@analisis.urkund.com



Sources included in the report

Agradecimiento

El agradecimiento de este trabajo de investigación primeramente está dirigido a Dios por su bendición y proveerme de sensatez, paciencia y sabiduría para superar con éxito cada uno de los obstáculos que se presentaron en el transcurso y así lograr el gran anhelado objetivo de superación profesional.

Un agradecimiento especial a mi mami por ser la promotora de mis sueños que desde siempre ha estado a mi lado en cada meta cumplida y por sus palabras de aliento para seguir adelante, también a mi familia y compañeros de estudio por el apoyo diario.

Además, para mi tutora Dra Sanny Aranda y demás docentes que nos impartieron sus conocimientos, nos animaron y nos dieron su apoyo incondicional a lo largo del proceso de construcción de este trabajo de investigación.

Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación a Dios por haberme dado el regalo de la vida y permitirme llegar a este gran momento de mi formación profesional. De manera especial y con todo mi corazón a mi mami por ser mi pilar importante pues con su bendición a diario me protege y conduce por el buen camino para lograr mis objetivos. A mi compañero de vida por estar siempre a mi lado y apoyarme en cada acontecimiento y celebrar juntos cada logro personal.

A mis apreciados maestros Dra. Sanny Aranda y Dr. Yubel Batista por su apoyo, paciencia y dedicación para la realización del presente trabajo de investigación.



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

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE
ACTA DE CALIFICACIÓN



TEMA: Factores biopsicosociales y familiares asociados a la calidad de vida en adultos mayores de dos consultorios de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud pascuales. Año 2021
POSGRADISTA: Claudia Daniela Nieto Blacio
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico _____

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
2.2 FORMULACIÓN	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
3.1 GENERAL	6
3.2 ESPECÍFICOS.....	6
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 MARCO CONCEPTUAL.....	7
4.1.1 Envejecimiento	7
4.1.2 Vejez	8
4.1.3 Tercera edad.....	9
4.1.4 Envejecimiento saludable.....	9
4.1.5 Determinantes Sociales de Salud.....	10
4.1.6 Factores biopsicosociales	10
4.1.7 Factores biológicos.....	11
4.1.8 Calidad de vida.....	11
4.1.9 Cuestionario de Calidad de Vida	13
4.1.10 Funcionamiento Familiar.....	14
4.1.11 Dimensiones del funcionamiento familiar.....	16
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	18
4.2.1 Envejecimiento productivo vs envejecimiento activo	22

4.2.2	Calidad de vida.....	23
4.2.3	Funcionalidad familiar.....	25
4.2.4	Ambiente físico-social y envejecimiento de la población	27
5.	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	28
6.	MÉTODOS	29
6.1	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
6.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	29
6.3	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	29
6.4	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	29
6.5	POBLACIÓN DE ESTUDIO.	30
6.5.1	<i>CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....</i>	30
6.6	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
6.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	32
6.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
6.9	VARIABLES	33
6.9.1	Operacionalización de variables.....	33
7.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
8.	CONCLUSIONES.....	53
9.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	54
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
	ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según edad y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	36
Tabla 2. Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	37
Tabla 3. Distribución de adultos mayores según escolaridad y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	37
Tabla 4. Distribución de adultos mayores según ingreso económico y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	399
Tabla 5. Distribución de adultos mayores según satisfacción con su propia vida y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	41
Tabla 6. Distribución de adultos mayores según comorbilidades y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	40
Tabla 7. Distribución de adultos mayores según funcionamiento familiar y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	40
Tabla 8. Distribución de adultos mayores según calidad de vida y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	43
Tabla 9. Distribución de la población según sexo y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	44
Tabla 10. Distribución de la población según grupos etáreos y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021	45
Tabla 11. Distribución de la población según estado civil y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021	46
Tabla 12. Distribución de la población según ingreso económico y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021	47
Tabla 13. Distribución de la población según escolaridad y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021	48
Tabla 14. Distribución de la población según satisfacción con su propia vida y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021	49
Tabla 15. Distribución de la población según comorbilidades y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021	50

Tabla 16. Distribución de la población según funcionalidad familiar y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021.....51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado⁶⁶

Anexo 2. Encuesta⁶⁸

Anexo 3. Evaluación de Funcionalidad Familiar⁷⁰

Anexo 4: Evaluación de calidad de vida⁷²

Anexo 5: Escala de Satisfacción con la Vida de Emmons, Larsen, y Griffin⁷⁸

RESUMEN

Antecedentes: La población anciana es un grupo vulnerable, mucho más en una sociedad envejecida y donde el bienestar y la atención integral es limitada, carente de programas efectivos que satisfagan las necesidades de los adultos mayores, todas estas circunstancias afectan la calidad de vida de este grupo, conllevando a un severo estado de fragilidad y generando como consecuencia deterioro en su salud. La presente investigación se realizó con el objetivo de *asociar factores biopsicosociales y familiares con la calidad de vida de los adultos mayores en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria.*

Métodos: Se realizó un estudio relacional, observacional, prospectivo, de corte transversal en dos consultorios del Centro de salud Pascuales, se efectuó con la población total de los adultos mayores que firmaron el consentimiento informado. **Resultados:** En la población de estudio predominó el sexo masculino, el grupo de edad entre 65 y 69 años, el estado civil casado y el nivel de instrucción primaria terminada. El factor económico predominante fue el nivel bajo, de acuerdo a las comorbilidades prevalecieron los adultos hipertensos, referente a la satisfacción con su propia vida predominó poco satisfecho. Se evidenció que el funcionamiento familiar predominó las familias disfuncionales. La calidad de vida predominante fue regular. En esta investigación las variables sexo, edad, estado civil, funcionalidad familiar, e hipertensión arterial se asociaron con la calidad de vida de los adultos mayores. El ingreso económico, la escolaridad y el resto de comorbilidades no demostraron una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida.

Palabras Clave: ANCIANO, CALIDAD DE VIDA, FAMILIARES.

ABSTRACT

Background: The elderly population is a vulnerable group, much more in a society that is increasingly aging and where well-being and comprehensive care is limited, in need of effective programs that meet the needs of older adults with the aim of associating biopsychosocial and family factors with the quality of life of older adults in Family and Community Medicine. **Methods:** A cross-sectional, observational, prospective, cross-sectional study was carried out in two offices of the Pascuales Health Center, carried out with the total population of all older adults who signed the informed consent. **Results:** In the study population, the male sex predominated, the age group between 65 and 69 years, married marital status and the level primary education completed. The predominant economic factor was the low level, according to the comorbidities prevailed by hypertensive adults. Regarding satisfaction with his own life, he predominated dissatisfied. It was evident that family functioning predominated dysfunctional families. Predominant quality of life was regular. In this research the variables sex, age, marital status, family functioning, and arterial hypertension were associated with the quality of life of older adults. Income, schooling and the other comorbidities did not demonstrate a statistically significant relationship with quality of life.

Keywords: AGED, QUALITY OF LIFE, PARENTS

1. INTRODUCCIÓN

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado. Sin embargo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de las políticas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica y la oferta de servicios de la salud de calidad, a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad. Los cambios demográficos actuales, conjuntamente con la situación económica existente, también han propiciado, que cada día aumente el número de hogares con uno o más ancianos conviviendo con varias generaciones bajo el mismo techo. Esta característica familiar es considerada como de alto riesgo para la alteración de los procesos que influyen en el funcionamiento familiar, lo que requiere de un gran ajuste en el hogar (1).

El envejecimiento en su expresión individual se ha definido como una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas, que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos (2), está caracterizada por la pérdida progresiva de capacidades de reserva del organismo. Estas variantes inciden dependiendo del sexo, su misma edad o producto de la jubilación.

La tercera edad, se considera como el último periodo de la vida ordinaria del hombre y así se ha definido. De hecho, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha considerado como persona de la tercera edad a toda persona mayor de 60 años. La ONU considera que es muy importante velar por ellos, cuidarlos y tratar de darles cuantas facilidades sean posibles para que lleguen a una vejez digna, sin discriminación y puedan adaptarse integralmente a la sociedad y que, a pesar de su edad, sigan siendo útiles hasta donde sus fuerzas y capacidad les permitan. A lo largo de la vida de las personas puede haber diferentes capacidades o formas de vida que lleven a desgastarse o a perder sus facultades físicas unos antes que otros (3).

La OMS define la calidad de vida como: "percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en

relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones (4). Esta etapa relacionada con autonomía e independencia de cada persona, pero la propagación de enfermedades y el aumento de esperanza de vida, han derivado un interés creciente en salud (5). En Guayas, Ecuador un estudio indica “que en zonas rurales predomina la preocupación por la situación económica y los recursos, mientras que, en zonas urbanas, los ancianos muestran más importancia y sensibilidad en las relaciones familiares, hay una insuficiencia en la asesoría y apoyo de factores comunitarios y familiares (6). La población anciana es un grupo vulnerable, mucho más en una sociedad envejecida cada día más y donde el bienestar y la atención integral es limitada, necesitada de programas efectivos que satisfagan las necesidades de los adultos mayores, los que tienden a presentar signos de disfunción emocional, física y en ocasiones social, generados por múltiples factores que determinan su calidad de vida. Esta investigación permitió determinar los factores socioeconómicos y familiares que se asociaron con la calidad de vida de los adultos mayores estudiados.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Para hablar sobre la calidad de vida de este grupo etéreo importante es necesario saber que se está tratando de varios niveles generales, que van desde el bienestar social y comunitario hasta aspectos más específicos como los parámetros grupales e individuales, ante esto la calidad de vida de los adultos mayores expresan diferentes definiciones que se relacionan a su salud física, mental y social; esta relación se basa en cómo los adultos mayores perciben el mundo, no solo de las relaciones que mantienen con las personas que tratan diariamente como sus familiares sino también con el trato que reciben de otras personas o de acuerdo a las situaciones en que se encuentren atravesando durante su día a día.

Esta última etapa en la vida de una persona, el ser un adulto mayor, acarrea varias consecuencias como un bajo nivel de ingresos económicos habiendo pasado ya su vida de trabajador productivo, además de los problemas de salud que vienen con la edad o por sentimientos de abandono, soledad o desvaloración intrafamiliar, la falta de estimulación mental lo cual dificulta la realización de actividades cotidianas al verse afectada la memoria, el razonamiento, los movimientos y concentración, todo esto puede afectar muchos ámbitos de su bienestar incluida su calidad de vida.

El proceso de envejecer está relacionado directamente con la calidad de vida, lo cual representa un reto constante para la sociedad actual, ya que de una u otra manera todos los factores biopsicosociales y familiares e individuales se relacionan con el nivel de vida, y éstos a su vez son los que establecen la calidad de vida que reciben nuestros adultos mayores, lo cual determina las condiciones físicas, sociales y mentales en las que se encuentra inmersa esta población de estudio.

Es importante poder establecer que como sociedad se pueda reconocer el imprescindible papel que tuvieron los adultos mayores en nuestra formación, y que lo siguen haciendo con sus aportes a la sociedad como tal, para lo cual

se debe revalorar si esta población de adultos mayores está recibiendo la calidad de vida que se merecen.

Ante lo expuesto, la mala calidad de vida es un problema que enfrentan a diario los adultos mayores, mientras que los sistemas de salud y la seguridad social no siempre proveen cuidados específicos ni comunitarios para ellos. En el centro de salud Pascuales uno de los principales grupos vulnerables que se atienden son los que están en estado de envejecimiento con sus diferentes deterioros, tales como: cognitivos, trastornos funcionales, fragilidad social, pluripatologías; cuya complicación es a gran escala producto de sus malos hábitos, por ser víctimas de violencia familiar o social, etc.

2.2 Formulación

¿Existe asociación entre los factores biospsicosociales y familiares y la calidad de vida de los adultos mayores en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

6.1.1 General

Asociar factores biopsicosociales y familiares con la calidad de vida en adultos mayores de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales en el año 2021.

6.1.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables socioeconómicas y demográficas.
- Describir la satisfacción con su propia vida y las comorbilidades en la población de estudio.
- Identificar la funcionalidad familiar en el grupo investigado.
- Definir la calidad de vida en la población de estudio.
- Determinar la posible asociación de factores socioeconómicos, biológicos y familiares con la calidad de vida.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

4.1.1 Envejecimiento

Actualmente, diversos congresos e investigaciones resaltan lo trascendental de este tema que constituye un hecho real que no se venía contemplando en tiempos antaños desde las múltiples propuestas de política pública. Sin duda alguna, el incremento de la población de adultos mayores ha puesto a innovar un sinnúmero de estrategias para garantizar su bienestar.

Según la Organización Mundial de la Salud, desde el punto de vista biológico, considera el envejecimiento como el resultado del acúmulo de una diversa variedad de daños moleculares y celulares, lo cual conlleva a una disminución gradual tanto de las capacidades físicas como mentales, además, genera un incremento del riesgo de patologías, y finalmente la defunción. Estos cambios evolutivos no son totalmente lineales ni tampoco uniformes, y su relación con la edad de una persona es relativa. Si bien algunas personas longevas disfrutan de una salud de calidad y se desempeñan normalmente, otros no gozan de bienestar y requieren ayuda permanente. Otro punto importante en esta época de la vida como es el envejecimiento, es que también se encuentra íntimamente relacionado con otras etapas de la vida como la jubilación, el traslado a hogares más apropiados, y el deceso de amistades y pareja. Por lo tanto, al formularse una respuesta de salud pública frente al envejecimiento, es imprescindible tomar en cuenta tanto aquellos elementos que atenúan las pérdidas en esta crucial etapa de la vejez, así como también aquellos que tienen la capacidad de fortificar aspectos como la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (7).

Los padecimientos más comunes de esta etapa incluyen la hipoacusia o pérdida de la audición, presencia de cataratas y ciertos defectos de refracción, dolores a menudo a nivel de espalda y cuello y lo más común presencia de osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es considerable que a medida que una persona envejece

incrementa la posibilidad de experimentar varios padecimientos a la vez. Esta etapa de la vida también se caracteriza por la presencia de múltiples estados de salud que pueden ser complejos y que suelen manifestarse únicamente en los últimos años de la vida y que no se encuentran enmarcados en las esferas de morbilidades específicas. A estos estados de salud se los denomina regularmente como síndromes geriátricos. Por lo general son el resultado de múltiples elementos subyacentes donde se incluyen los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. La presencia de estos síndromes geriátricos podría predecir indiscutiblemente la muerte que la existencia o el número de patologías determinadas. Sin embargo, haciendo excepción de aquellos países que ya han desarrollado la geriatría como una disciplina médica, con cierta frecuencia suelen dejar de lado la estructura tradicional y la investigación epidemiológica en muchos de los servicios de salud (7).

4.1.2 Vejez

Es la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional. Sus límites, además de la muerte, siempre han sido indeterminados y dependientes; sin embargo, el concepto de vejez depende de las circunstancias del conjunto de personas que la conforman. Por otra parte, hace mención a la última época de vida de un individuo, conformada por el estado en general de una persona que a razón de su aumento en edad sufre una decadencia biológica en su organismo (8).

La vejez es la última etapa del ciclo de vida donde el ser humano ha adquirido el punto máximo de expresión en relacionarse con el mundo; ha alcanzado la madurez absoluta por medio de múltiples experiencias que fueron adquiridas a través de todas las experiencias y momentos disfrutados. Entonces, se podría aseverar que la senectud es un conglomerado de muchos fenómenos y procesos que conforman parte de una definición más integral: el envejecimiento por lo tanto todo individuo nace envejeciendo, vive envejeciendo, y así a una última etapa morimos. Ahora bien, cabe recalcar

que la vejez es la etapa de la vida donde se hacen más evidentes los síntomas del envejecimiento. Incluso un feto humano de 7 meses manifiesta características etarias (edad, desarrollo y especialización biológica, psicológica, y hasta social) diferentes a las de uno de 3 meses (8).

4.1.3 Tercera edad

Es la etapa evolutiva de toda persona que incluye diversas dimensiones. Es un fenómeno biológico porque definitivamente altera esferas como salud física y mental, y, además, incluye tanto una parte sociológica como la económica porque abre sin duda las posibilidades de vida, y se debería proteger a esas personas. Es considerado también como un fenómeno psicológico, ya que se provocan diversos cambios tanto en el funcionamiento cognitivo como emocional (9).

4.1.4 Envejecimiento saludable

Se lo define como todo proceso de desarrollo de promoción para mantener toda capacidad funcional con el entorno que permita un estilo de vida saludable en la vejez. Esta capacidad funcional abarca todos los atributos concernientes con el bienestar que permiten a un individuo ser y hacer aquello que es imprescindible para él. Por lo tanto, está conformada de ciertos aspectos como: la capacidad intrínseca del ser humano, así como también las características de su entorno que pueden afectar esa capacidad tanto con las interacciones de aquella persona y esas características.

La capacidad intrínseca es aquella composición que incluye tanto las capacidades físicas como mentales que caracterizan a una persona. El entorno lo incluyen todos los aspectos del mundo exterior que constituyen el contexto de existencia de una persona. Estos abarcan tanto el nivel micro y se extiende hasta el nivel macro que corresponde al hogar, la comunidad y la interacción social en general. Este medio se compone de una serie de factores que abarcan el entorno, las relaciones interpersonales, valores y actitudes, aquellas políticas de salud y sociales y los sistemas que las sustentan y los

servicios brindados. (10).

4.1.5 Determinantes Sociales de Salud

Realizado el respectivo análisis de las determinantes sociales y equidad en el área de salud procura alcanzar el origen biopsicosocial de todo proceso salud enfermedad, comprendiendo las determinantes como toda condición social en la cual un individuo desarrolla su ciclo vital, es decir nace, crece, vive, trabaja y envejece (OMS 2005), recalcando que esto abarca varios aspectos, siendo estos: económicos, políticos, culturales, así como también aquellos estrechamente relacionados con todos los sistemas de salud. Los determinantes sociales de salud están estrechamente relacionados con el análisis de inequidades sanitarias, que se entienden como las desigualdades injustas y evitables que son manifestadas por los determinantes sociales de salud (10, 11).

Ahora bien, se la define como toda condición social y económica que influyen directamente en las diferencias tanto individuales como colectivas sobre el bienestar de una persona. Por lo tanto, conforme con algunos puntos de vista, la distribución de estos determinantes sociales está ciertamente relacionada con toda política pública, manifestada por toda ideología del colectivo en el régimen dentro de una jurisdicción (12).

4.1.6 Factores biopsicosociales

El envejecimiento no solo es una sucesión de procedencia única sino el producto de una ardua vinculación de interactividades entre lo genético que cooresponde a los aspectos intrínsecos y lo ambiental refleja aquellos factores extrínsecos.

Factores inherentes (del interior de la persona de la persona) rigen al proceder de índoles genéticas, y ejercen relevancia en los procesos que precisan la vigencia de la vida (13).

Factores extrínsecos se desempeñan en las edades más tempranas de la vida, como la agresividad de la vida moderna, la presencia de estrés, la alimentación, el sedentarismo y un factor importante el consumo de tabaco, que repercuten en la existencia de enfermedades cardiovasculares y otros como el cáncer antes de la ancianidad, y solo el surgimiento de una política de orden social y sanitaria, que pueda promover mejores formas de vida, garantizará incrementar la expectativa de vida de los adultos mayores. (13).

4.1.7 Factores biológicos

El envejecimiento en cuanto al determinante biológico, se producen cambios a escala celular, molecular en órganos y tejidos. Así mismo suceden modificaciones bioquímicas que perjudican las capacidades de adaptación, restauración y defensa del organismo. Se pueden encontrar diversas alteraciones biológicas a lo largo del tiempo del tipo estético que abarcan la totalidad de órganos y sistemas, así como también presentes en: los órganos de los sentidos, sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo (13).

Entre las afecciones más comunes de la vejez aparecen problemas de salud física tales como: mayor frecuencia las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial, etc.), con inclinación a la deficiencia y a la discapacidad, además cabe aludir el desgaste de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello, osteoartritis, neuropatías obstructivas crónicas, depresión, trastornos, afecciones por infecciones, procesos neoplásicos y degenerativos (13,14). En tanto que el individuo envejece incrementa el potencial de experimentar varias morbilidades simultáneamente.

4.1.8 Calidad de vida

El término calidad de vida se empleó por primera vez en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una pretensión de los investigadores de la época de comprender la perspectiva de las personas acerca de si gozaban una buena vida o si se consideraban financieramente seguras. Su empleo generalizado se inicia a partir de la década del 60 del

siglo pasado, en el momento que los científicos sociales empiezan investigaciones en calidad de vida, recolectan variada información y datos objetivos como el estatus socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda. (14)

En el año 1966 La Organización Mundial de la Salud (OMS), en Ginebra, durante el Foro Mundial de la Salud, incorporó una definición para calidad de vida: “La visión que una persona tiene de su lugar de origen, en el ámbito de la cultura y del sistema de valores en los que reside y en el contexto con sus objetivos, ciertas expectativas, normas y una serie de preocupaciones”, se trata de un término que está incidido por la salud física de la persona, su situación psicológica, grado de autonomía, interrelaciones sociales, así como su vínculo con el entorno. (15).

La calidad de vida se asocia a aspectos económicos, sociales y culturales en el ámbito que se desenvuelve y, en la mayor parte, incide la escala de valores de cada persona. En los años noventa se formuló el concepto de calidad de vida asociado a la salud, que se lo define como: El nivel atribuido a la esperanza de vida, graduado por las restricciones, estado funcional, perspectivas y alternativas sociales, que se ven afectadas por las patologías, traumatismos, tratamientos y servicios sanitarios. (16).

Presenta, por tanto, avenencia en que la calidad de vida debería ser considerada desde el punto de vista multidimensional, y que además, debe incorporar factores ambientales, culturales, económicos, servicios de salud, gratitud, actividades recreativas, entre otros; la percepción de salud, senectud saludable, victorioso, dinámico y carácter de vida de las personas de tercera edad, debe ser afrontada de una manera global, en la que, adicionalmente del énfasis del carácter de salud, se contemple el confort personal, su practicidad y los escenarios sociofamiliares aptos y favorables que les posibilite proseguir su expansión personal (17).

La excelencia de vida ha sido el anhelo humano de todas las épocas, unas veces recubierto del inmemorial sueño por la satisfacción, otras veces

planteado como la labor preceptiva del Estado del Bienestar actual. La misión de la psicología en ambos enfoques no es trivial, tanto más cuanto el tema no se reduce en un contexto exclusivamente psicológico, sino que insta un área pluridisciplinar, lugar de convergencia donde el político y el economista, el psicólogo y el médico, junto con otros muchos profesionales contribuyen sus perspectivas. Probablemente la inmensa validez que el término ha tenido en los últimos años surge de dos hechos primordiales. El primero se remite a la conciencia comunitaria obtenida de la responsabilidad frecuente ante los sucesos ambientales y ecológicos, cuestión que dota al concepto su valor planetario, social, comunitario y colectivo. La segunda emerge de la preocupación de los aspectos cualitativos y cotidianos de la vida que el progreso económico sin más no puede cerciorar, y que concede al concepto su rostro más humano, alerta a los menores detalles y a los componentes extra individuales de la existencia, como la agonía y el gozo (18).

4.1.9 Cuestionario de Calidad de Vida

El World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF) es un formulario ideado para evaluar calidad de vida sin incurrir en las divergencias entre culturas de diversos países. Se desarrolló simultáneamente en 15 localidades alrededor del mundo, entre las cuales se integró a los siguientes países latinoamericanos: Argentina, Brasil y Panamá. (19)

Con el objetivo de exponer un instrumento enfocado a medir la calidad de vida sin importar diferencias culturales, se desarrolló el World Health Organization 100. Esta redacción, aunque concede una valoración minuciosa de facetas particulares vinculados con la calidad de vida, implica mucho tiempo para resolverlo. Por este motivo se estableció el WHOQOL-BREF que es una versión reducida con 26 reactivos consolidados en 4 dimensiones orientadas a investigar el perfil de la calidad de vida: la salud física, la salud psicológica, las interacciones sociales y el entorno. (20).

El "Cuestionario de calidad de vida WHOQOLBREF" expone 26 interrogantes:

dos preguntas completas acerca de calidad de vida y satisfacción con el estado de salud (no incluidas en ninguna escala), y 24 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: “Salud física”, “Salud mental”, “Relaciones sociales” y “Condiciones del ambiente”. Los ítems poseen formato de reacción tipo Likert de cinco niveles con tres distintas directrices de respuesta: 1. Grado de experimentación (ítems 3-15), con las opciones “nada”, “un poco”, “lo normal”, “bastante” y “totalmente”; 2. Grado de satisfacción (ítems 16-25), con las opciones “muy insatisfecho”, “insatisfecho”, “ni satisfecho ni insatisfecho”, “satisfecho” y “muy satisfecho”; y 3. Frecuencia (ítem 26), con las opciones “nunca”, “a veces”, “con frecuencia”, “con mucha frecuencia” y “siempre”. (21)

4.1.10 Funcionamiento Familiar

La modalidad respectivamente permanente de vincularse la familia de forma interna se refleja al funcionamiento familiar. Estableciendo así un sin número de relaciones interpersonales generadas en el ámbito interno de cada familia y que le generan su propia identificación, desarrollando diversas maneras de asociarse entre sí (22).

Se valora por medio de:

- o La dinamicidad de las vinculaciones internas.
- o El desempeño de labores primordiales.

Se puede valorar al funcionamiento familiar recurriendo a estos componentes de forma unificada o a parte cada uno.

Como elemento primordial del expediente de la salud familiar, se debe efectuar la evaluación de la funcionalidad familiar. Para proceder a la evaluación del funcionamiento como característica del expediente de salud familiar, se contemplará el resultado de la revisión de concepción de funcionamiento familiar (FF- sil) y el discernimiento del grupo de salud concerniente al apropiado desempeño de las funciones primordiales

realizados por la familia (22,23).

Evaluación del funcionamiento familiar según ejecución de funciones básicas de la familia (22,24):

Función educativa:

No se desarrolla el cumplimiento en los casos que se presente algún miembro de la familia con conductas no admitidas socialmente, como por ejemplo: conducta antisocial y delictiva que vulnera todos los códigos de convivencia social; y se aplica cuando los integrantes de la familia conservan conductas acogidas socialmente.

Función económica:

La función económica no se llega a cumplir cuando aquella familia no se ajusta a esta necesidad vital, y se cumple el objetivo si la familia puede cubrir las necesidades esenciales materiales, sean estas de cuidado personal, nutrición, vestimenta y medicación de cada uno de sus miembros.

Función afectiva:

Esta función no se ejecuta a cabalidad cuando hay la presencia de algún miembro de la familia que demuestre signos de déficit afectivos o de deserción y en el mejor de los casos, se cumple cuando los integrantes de la familia manifiestan o dan a conocer signos de satisfacción emocional con sus parientes.

Función reproductiva:

Pese a que esta función es considerada como una de las principales de la familia, no se encuentra contemplada en la evaluación de la funcionalidad familiar según necesidades básicas, si se determina su asociación con las funciones familiares en su recorrido por el período vital.

Dinámica de las relaciones internas

Puede evaluarse por intermedio de la aplicación de la encuesta FF-sil, como impulso de las interacciones entre los integrantes de la familia, generando de modo constante un entorno social y bienestar subjetivo de sus integrantes para el correcto funcionamiento familiar (25).

4.1.11 Dimensiones del funcionamiento familiar

En la evaluación de la aplicación del FF-sil encontramos las siguientes dimensiones:

Cohesión:

Esta dimensión está caracterizada por el nexo emocional y físico de la familia, cuando afronta diferentes acontecimientos respecto a la toma de decisiones de las diversas actividades domésticas.

Armonía:

Se refiere a todo aquel equilibrio emocional efectivo que pueden surgir entre las necesidades básicas de la familia con ciertos intereses y también a necesidades individuales.

Comunicación:

El factor de la comunicación está ligado con la difusión de ciertas destrezas y conocimientos entre los miembros del círculo familiar, de un modo directo y claro.

Adaptabilidad:

Es el potencial que presenta la familia para convertir ciertas circunstancias de potestad con respecto a las normas y roles en un escenario que amerite.

Afectividad:

Es la habilidad de cada uno de los miembros de la familia de manifestar y experimentar emotividad y sentimientos beneficiosos entre todos.

Rol:

En el verdadero cumplimiento de este aspecto en cada miembro de la familia debe ejecutar responsabilidades y las diferentes funciones que en el círculo familiar han sido asignadas.

Permeabilidad:

Se ejecuta cuando la familia desarrolla la capacidad tanto de obtener ayuda como proporcionar diversas experiencias ya sea de instituciones u otras familias (26).

Puntuación de la encuesta: Casi siempre, cinco puntos; muchas veces, cuatro puntos; a veces, tres puntos; pocas veces, dos puntos; casi nunca, un punto. Este test abarca diferente puntuación en base al criterio seleccionado. Para poder recaudar la evaluación del funcionamiento familiar en forma segura se pone a consideración los siguientes criterios:

- El producto de la evaluación de percepción de funcionamiento familiar (FF-sil)
- Postura del grupo de salud relacionado al desempeño de las funciones básicas por la familia (26).

El diagnóstico que se realiza del funcionamiento familiar es:

Familia funcional

Si el resultado logrado después de la ejecución de la prueba FF-sil se adapta con el diagnóstico de familia funcional y la familia desarrolla las funciones fundamentales.

Familia con riesgo de disfuncionamiento

Si la puntuación alcanzada a partir de la implementación de la prueba FF-sil se relaciona con el diagnóstico de familia moderadamente funcional y cumple con funciones vitales.

Familia disfuncional

Cuando la calificación alcanzada a partir de la ejecución de la evaluación FF-sil se relaciona con el diagnóstico de familia disfuncional y la familia no llegue a cumplir con cualquiera de las funciones esenciales, planteando que según la calificación del resultado puede presentarse como severamente disfuncional.

4.2 Antecedentes investigativos.

La trascendental importancia por la evolución del envejecimiento a nivel general se exterioriza a mediados del siglo XX, cuando los investigadores regresaban de la Segunda Guerra Mundial y se enfrentaban a una población que cada vez aumentaba. Entonces, una vez superadas las diferentes enfermedades infecciosas, por primera vez era común que las personas llegaran a la senectud. El Instituto Nacional de la salud auspició un instituto de la edad avanzada a finales de los años cuarenta. En ese mismo tiempo se establecieron la Sociedad Gerontológica de América y la División de la Madurez de la Vejez, denominada actualmente División del Desarrollo de los Adultos y de la Vejez de la Asociación Psicológica Americana (28).

Envejecer se contempla hoy un honor y un significativo logro social, pero

también establece un considerable desafío para el siglo XXI, porque el efecto del cada vez más ascendido número de personas ancianas, implicará repercusiones todavía impredecibles. (29)

En la Asamblea de las Naciones Unidas efectuada en Viena, la capital de Austria, en el verano de 1982 se pudo establecer que la población mundial se incrementará de gran manera que pasará de 4.100 millones de personas en 1975 a 8.200 millones en 2025 lo que significa un significativo incremento de alrededor del 102%. Durante esta etapa, la población de personas mayores de 60 años, que en el año 1975 era de 350 millones aproximadamente, pasará en el año 2025 a ser de 1.100 millones produciéndose así un gran incremento poblacional del 224% (30).

La Segunda Asamblea Mundial respecto al Envejecimiento en el año 2002, celebración que se dio a cabo en Madrid (OPS/OMS, 2002), convocó a 142 países que son miembros de las Naciones Unidas con el propósito de analizar el estado de desarrollo de las recomendaciones del Plan de Acción de Envejecimiento de la Primera Asamblea que fue celebrada en Viena en 1982 (Naciones Unidas, 1982), y otorgar una aseveración política de los gobiernos y un plan de trabajo internacional la cual optimizaría la calidad de vida de las personas adultas mayores(30).

En el Ecuador en el año 2009, Wilma Freire, quien fue la académica principal; el Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Inclusión Social en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); el Ministerio de Salud Pública (MSP), La Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica y Gerontología y la Universidad San Francisco de Quito (USFQ), ejecutó un estudio investigativo con la aplicación de la “Encuesta Sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE), cuyo propósito fue caracterizar y analizar los aspectos de salud, nutrición, estado cognitivo, estado funcional, acceso y uso de medicamentos, y la presencia de servicios de apoyo familiar y social, el historial laboral, acceso y utilización de servicios y las diferentes condiciones de la vivienda, de la población de los adultos mayores del Ecuador; para que ayude en el respaldo al diseño de políticas, estrategias y programas (31).

Ésta encuesta fue realizada en 15 provincias de la región costa y la región sierra tanto en el área urbana como rural y a adultos mayores de 60 años de edad y más de 15 provincias de las regiones costa y sierra, abarcando áreas urbanas y rurales, con un total de 10.368 viviendas; 6.100 personas adultas mayores, cuyos resultantes manifiestan diversos datos de características y los múltiples procesos de envejecimiento a nivel personal en términos de sus características físicas, mentales y emocionales. Las diferencias que se pudieron evidenciar en los patrones de salud y bienestar corresponden a niveles de desigualdad elevados, ya sea en los ingresos como en el acceso y uso de los numerosos servicios de salud, situación que se va debilitando en el Ecuador por la participación de un sistema de salud fraccionado, integrado por múltiples instituciones tanto públicas como privadas que se ocupan de los diversos grupos de ciudadanos. (32)

El envejecimiento demográfico en Cuba ha ocasionado múltiples cambios muy significativos tanto en la mortalidad como morbilidad; la incrementada tendencia y alta velocidad implican la atención de las personas mayores de 60 años. Este estudio abarca el período 1950 - 2015, tuvo como objetivo exponer la realidad de la situación de este fenómeno poblacional desde una perspectiva positiva, en base a tres aspectos: el envejecimiento como un logro, un reto y oportunidad de crecimiento; las transiciones demográfica y epidemiológica; junto con las políticas y estrategias para afrontarlo. Demostrando así que la tasa global de fecundidad ha disminuido significativamente desde 4,01 hasta 1,45, y la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida a la tercera edad tuvieron un incremento drástico desde 59,40 hasta 78,45 años y desde 16,04 hasta 22,58. En Cuba la proporción de personas de 60 años o más ha incrementado a 19,8%. Otro cambio que se destacó fue relacionado con la morbilidad y mortalidad donde se trasladó de enfermedades infectocontagiosas a las no pueden ser transmisibles. Incluso se sigue discutiendo aún sobre el reto que significa la dependencia del adulto mayor y su necesidad de los diversos cuidados. (33)

El envejecimiento de la población es un acontecimiento desencadenado por

importantes cambios demográficos, epidemiológicos y sociales, caracterizado por el aumento de la comunidad mayor de 60 años, la aparición de enfermedades crónicas y el crecimiento en el tamaño y función de la familia, para lo cual se examinó y observó el envejecimiento poblacional y sus implicaciones para el cuidado de la salud a partir de una revisión de la bibliografía disponible en acceso libre y abierto, en este caso. Se trató de un metaestudio narrativo, durante el periodo comprendido desde el año 2007 al 2018, se utilizaron varios descriptores: envejecimiento y salud; cuidados y enfermería, y transición demográfica. Con dos líneas especiales de búsqueda: 1) artículos publicados en dos idiomas: inglés o español, indexados en la base de datos Scielo, en acceso abierto, de corte cuantitativo y no experimental, y 2) para identificar y definir el marco contextual del proceso de envejecimiento se buscaron informes publicados por los diversos organismos mundiales sobre el envejecimiento y el cuidado, en cuyos resultados obtenidos se identificaron 59 artículos, tras el análisis y consentimiento por el grupo de los autores, con lo cual pudieron llegar a la conclusión de que la verdadera necesidad del cuidado se genera cuando se considera a los adultos mayores como un grupo con expectativas variadas y diversas, conscientes de los derechos que poseen y un papel activo en la construcción de la salud.(33)

Habiendo realizado una revisión completa bibliográfica exhaustiva relacionada sobre el proceso de envejecimiento, los principales cambios fisiológicos y patológicos que se presentan en el adulto mayor teniendo en cuenta sus manifestaciones tanto en nivel basal como psicológico, con el propósito de aportar varios conocimientos sólidos relacionados sobre esta etapa de la vida para que de esta manera se pueda lograr formar, consolidar y ampliar los conocimientos a los profesionales de la salud. Se consultaron 7 citas bibliográficas con alto grado de actualización. Posterior a su análisis se consideró la existencia de una grande e importante necesidad de poder implementar estrategias en cada país para promover una atención integral y colectiva de las personas mayores con lo cual se logre disponer que el envejecimiento sea visto y considerado como un proceso normal y de inclusión con el menor número de capacidades diferentes posibles. (33)

4.2.1 Envejecimiento productivo vs envejecimiento activo

En el estudio descriptivo transversal realizado por Flores, Decena, Vega, Cervantes, Meza, Valle en el año 2017 a 100 adultos mayores de 60 años provenientes de la comunidad de Tecolotlán, Jalisco, México, se aplicaron varios cuestionarios de recolección de datos sociodemográficos, la escala de Duke-Unk de apoyo social y preguntas para recabar información sobre su empleo pasado, actual y su perspectiva a un futuro no muy lejano, se estableció que la edad promedio o mediana edad es de 72.5 años, también se determinó que 51% correspondieron a hombres y 49% correspondientes a las mujeres, el estado civil se ubicó en un 57% son casados, 8% están solteros y 29% son viudos. El nivel escolar con mayor incidencia fue la escuela primaria en un 76% de los casos (34).

En un estudio de tipo investigativo relacional, prospectivo, transversal titulado influencia de los diversos factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida de los adultos mayores en dos consultorios del centro de salud No. 8 en la provincia del Guayas en el año 2018, realizado por Figueroa Glenda, a una población de 118 adultos mayores, en el cual se incluyó variables sociodemográficas tales como edad, sexo, estado civil, ingreso económico, nivel educativo y otros factores biológicos de riesgo, estableció que el grupo de edad de mayor frecuencia o más común es de 65 a 69 años con 60 personas que corresponde al 50,8% principalmente del sexo masculino con 69 personas correspondiente al 58.5% y con 41,5% que corresponde respectivamente a 49 mujeres. En comparación con el nivel socioeconómico prevaleció el nivel medio bajo con 46 personas que correspondió al 39,0% (sexo masculino 18.6% y sexo femenino 20.3%). Dentro de los factores de riesgo biológicos actuales se determinó que predominó el sexo masculino con 16 adultos hipertensos para un 13.6%, y asma bronquial con 7 casos y corresponde al 5,9%, a diferencia de la diabetes mellitus que predominó en el sexo femenino con 16 casos para un 13.6% del total de todos los casos. En relación del estado civil y sexo, se observó claramente que predominó el ítem casado con 82 adultos que corresponde 69,5% (41,5% masculino y femenino 28%), y con menor número unión libre y viudo para un 9.3%. En base al nivel de instrucción y género, se evidenció que el nivel primario prevalece con 58

personas lo cual corresponde al 49.2% (masculino 33.1% y femenino 16.1%) y en menor número el bachillerato con 22 adultos mayores unicamente para un 18.6% (masculino 6.8% y femenino 11.9%). Además, estableció que la población según las percepciones de calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) y sexo, predominó la calidad de vida media con 79 adultos mayores y correspondieron a un 66,9% (femenino 29.7% y masculino 37,3%), donde prevaleció el sexo masculino con 44 personas que representó un 37,3%; y finalmente con un 33.1% el nivel bajo. (35)

4.2.2 Calidad de vida

Bustamante Miguel, Lapo María, Torres José y Camino Segundo, en el año 2015, realizaron un análisis descriptivo, demográfico y socioeconómico en el cual examinaron los principales factores socioeconómicos que determinan la calidad de vida del adulto mayor en la provincia del Guayas, con una muestra general de 817 adultos. Dicho estudio estableció la existencia en mayor porcentaje de personas del género masculino (52,51%) que del sexo femenino (47,49%), el estado civil que predominó fue la condición de casado (45,53%), la edad que prevaleció fue de 71-80años (40,27%), cuyo nivel de educación con mayor porcentaje es la educación básica que corresponde 53,12% y lo relacionado a la satisfacción con su propia vida se evidenció que el 53,98% estuvieron altamente satisfechos con su propio estilo de vida y el 36,68% un poco satisfechos. En cuanto a las comorbilidades se observó que el 8,20% presentaron enfermedades como diabetes mellitus y el 5,39% hipertensión arterial (36).

En el estudio no experimental o diseño ex post facto (después del evento), y descriptivo acerca de la calidad de vida de personas adultas mayores realizados en México en el año 2015 por Teyssier Margarita determinó que la estructura poblacional mayor de 60 años del municipio dela ciudad de Puebla, es indentificada, en mayor proporción, por el sexo femenino con un 55.1%, mientras que el sexo masculino representa el 44.9%, la tasa de asistencia

escolar ubica al nivel primario con el 56,3% (31,2% masculino y 25,1% femenino). En cuanto a las comorbilidades se observó que existe predominio de casos de diabetes mellitus en mujeres con un 15,1% que en los hombres con 10,8% (37).

Karla Morocho en su estudio de nivel investigativo relacional (bivariado), de tipo observacional, transversal, prospectivo y analítico sobre funcionalidad y autopercepción de calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad santiago de guayaquil en el año 2018, realizada a 170 adultos mayores estableció que el 58.2 % (n=99) de los adultos mayores presentaron una autopercepción de la calidad de vida media, mientras que en un menor porcentaje 17,1% aquellos con autpercepción de calidad de vida baja. (38)

En el estudio descriptivo cuantitativo realizado por Romero Zuriel, Montoya Bernardino titulado Envejecimiento y factores relacionados con la calidad de vida de las personas adultas mayores en el Estado de México, en el año de 2017, a través de un plan de marco de muestreo de 2434 personas, se determinó que el nivel de la calidad de vida por sexo, el género masculino representa mejores condiciones y corresponde al 45.45%, entre los cuales presentaron una calidad de vida alta y muy alta (buena), mientras se evidenció que en las mujeres el porcentaje es menor (39.88%); por lo tanto se puede adjudicar que la variable género representó tener una cierta influencia en la calidad de vida en los adultos mayores. En comparación con el ámbito de bienestar y de la educación; se estableció que, si se obtiene una mejor educación, mejorará la calidad de vida, predominando el sexo masculino (65.38%), aquellos que tienen una profesión clasificada como muy alta (bueno) en el rango de calidad de vida, mientras que en mujeres correspondió 43.75%. Por otro lado, un 27.24% de hombres que no obtuvieron una formación académica presentaron una calidad de vida muy baja y 28.98% de mujeres sin ningún nivel de escolaridad. Un número preocupante es de aquellos adultos mayores que presentaron al menos una patología crónico-degenerativa, representando casi el 64% de la población con las varias particularidades de que en su mayoría son las mujeres y que la presencia de estas patologías no exceptúa a ninguna categoría de edad. (39)

4.2.3 Funcionalidad familiar

En el estudio investigativo descriptivo, de corte transversal realizado por Salazar William en Playas denominado funcionamiento familiar en hogares que tengan personas adultas mayores, en el año 2018 con 83 adultos mayores y sus familias estableció que en su mayoría predominaba la familia funcional con 43 integrantes, que correspondió al 51,8%, siguiendo la familia moderadamente funcional con un 45,8%. Mientras que se evidenció que tan solo 2 familias correspondían a disfuncionales y ninguna de las familias tenía disfunción severa. (40)

En la investigación descriptiva, de corte transversal, correlacional realizado en la comuna de Huechuraba, Chile, en el año de 2016 a una muestra de 60 adultos mayores que se ofrecieron como voluntarios, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y con la aplicación de diversos tests como: el Apgar Familiar, Escala de Whoqol-Bref y EFAM (Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor) se pudo evidenciar que más del 70% de aquellos adultos se desempeñaron en familias que son muy funcionales y sólo el 3% correspondían a familias que son severamente disfuncionales. De ellos el 45% se describieron por ser autovalentes con un poco de riesgo y 16.7% manifestaron riesgo de dependencia. En lo relacionado entre funcionalidad familiar y la salud física no se la logró visualizar; pero sí se mostró una relación entre funcionalidad familiar, salud psicológica y relaciones interpersonales, lo cual explicó la existencia de cierta relación entre funcionalidad familiar y nivel de autovalencia, salud psicológica, relaciones interpersonales y el entorno en sí, debido a que aquellos adultos mayores que pertenecen a familias con un mejor ambiente dinámico interno, es decir, una mejor relación entre sus integrantes, lo cual hará que la persona pueda disfrutar de una mejor calidad de vida. (40)

En el estudio realizado por Salazar-Barajas M.E., Garza-Sarmiento E.G., García-Rodríguez S.N., Juárez-Vázquez P.Y., Herrera-Herrera J.L., Duran-

Badillo T (2019) fue de tipo descriptivo y correlacional, muestreo por bola de nieve, con una muestra establecida de 86 cuidadores pertenecientes a un centro comunitario que tuvo dos importantes objetivos: 1) Identificar la relación entre funcionamiento familiar y la calidad de vida de la persona que cuida del adulto mayor y 2) Determinar la sobrecarga y la calidad de vida del cuidador del adulto mayor donde se utilizó varias pruebas tales como: el índice de Barthel, el Test de APGAR Familiar, la prueba Zarit y por ultimo la Escala de Calidad de Vida WHOQOLBREF. Se aplicaron varias pruebas como: la Prueba de Kolmogorov Smirnov y Prueba de Correlación de Spearman. Entre los resultados se puede evidenciar: El 11.6% de los adultos mayores mostró una dependencia total, la perspectiva de la disfuncionalidad familiar grave estableció al 3.5%. Los cuidadores que están con una sobrecarga muy intensa representaron el 32.6%, el 8.1% demostró una calidad de vida deficiente. Demostrando así que ante la presencia de un mayor funcionamiento familiar mayor calidad de vida de la persona encargada del cuidado. (41)

En un estudio de tipo mixto, cuantitativo transversal analítico y cualitativo de etnografía realizado en la parroquia de Guaraynag, provincia del Azuay en 2015 y 2016 por Marco Segarra que tuvo como propósito determinar la relación presente entre calidad de vida de adultos mayores, funcionalidad de las familias y factores sociodemográficos, además establecer la percepción por parte de los familiares la calidad de vida de los adultos mayores donde se incluyó una muestra de 146 participantes respectivamente, de los cuales todos cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. El estudio acerca de la percepción de la calidad de vida se evaluó con el conocido cuestionario WHOQOL-BREF y para evidenciar el apoyo familiar se utilizó el otro sistema de evaluación como lo es APGAR familiar, para buscar la asociación se tuvo que emplear la razón de prevalencia (RP) con un IC95% y para significancia estadística el chi cuadrado en el cual se reconoció un valor de $p < 0,05$. Se pudo determinar que el 72% (146) de las familias de los adultos mayores son funcionales y el 28% de las familias restantes presentan disfuncionalidad, de este porcentaje el 19 % representa a familias con una disfunción moderada lo que evidencia el doble de las familias con disfunción severa. Para la parte cualitativa se utilizó la técnica de

grupos focales y los resultados obtenidos demostraron la calidad de vida baja que se concentró entre el 23% y el 28%, la disfuncionalidad familiar estableció una clara relación con una peor calidad de vida en la salud física de la persona (RP 1,8 IC95% 1,094–3,008), las relaciones sociales (RP 2,0 IC95% 1,223–3,515) y el entorno (RP 2,8 IC95% 1,632–5,087), y se evidenció que a mayor edad, las personas no tienen una ocupación, sexo femenino, sin instrucción, sin pareja, todo esto refleja una menor calidad de vida. Los familiares consideraron como factores benefactores de la calidad de vida, la salud, el trabajo, la participación, el afecto y la solidaridad, obteniendo como conclusión de que la calidad de vida está firmemente relacionada con la funcionalidad de las familias en tres de sus cuatro dimensiones (42).

4.2.4 Ambiente físico-social y envejecimiento de la población

El estudio hace énfasis sobre el análisis de los entornos físico-sociales que establecen la calidad de vida de los adultos mayores en América Latina desde un enfoque de la ciencia de la gerontología ambiental. Por medio de la literatura, se facilita a la discrepancia sobre los diversos impedimentos socioambientales urbanos y rurales en las diferentes componentes residenciales (un entorno construido), sociales, económicas, de salud, servicios sociales y culturales, y que fomentan un envejecimiento saludable en aquellos lugares. Además, se examinan las primordiales argumentos teóricos y metodológicos claves de las discrepancias socioespaciales para la gerontología ambiental, donde acentúa principalmente la intervención de la geografía, a través de un muy buen análisis de las complicadas relaciones existentes entre el ámbito geográfico y aquellas personas adultas mayores. Es así, que en la región se puede observar la existencia de la necesidad de una orientación multidisciplinario con énfasis en investigaciones sobre la valoración de las particularidades y la funcionalidad del ambiente físico-social en el envejecimiento de la población, coadyuvando a la programación gerontológica desde un aspecto holístico en la región (44).

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La edad avanzada, el estado civil viudo o soltero, los bajos recursos económicos, la insatisfacción con su propia vida, las comorbilidades, y la disfuncionalidad familiar, se asocian con la inadecuada calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes a los dos consultorios del centro de salud Pascuales estudiados.

6. MÉTODOS

6.1.3 Nivel de la investigación.

Se llevó a cabo un estudio relacional, porque permitió establecer la posible asociación entre las variables biopsicosociales y familiares (variables asociadas) con la calidad de vida (variable de supervisión).

6.1.4 Tipo de investigación.

Según la intervención del investigador es un estudio observacional porque no existió intervención (manipulación) sobre el objeto de estudio por parte del investigador, según la planificación de la toma de datos es prospectivo, ya que la fuente de información utilizada fue primaria, según el número de ocasiones que se miden la variable de estudio es transversal, midiendo esta en una sola ocasión; y según el número de variables analíticas el estudio es analítico, ya que se realizó un análisis bivariado donde se hizo asociaciones de variables.

6.1.5 Diseño de investigación.

La investigación corresponde a un estudio de casos y controles, donde los casos fueron los adultos mayores con calidad de vida mala y los controles los adultos mayores con calidad de vida regular y buena, se buscó la asociación de variables biopsicosociales y familiares con la calidad de vida.

6.1.6 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio con la población de adultos mayores de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales en el año 2021 con el propósito de asociar factores biopsicosociales y familiares con su calidad de vida.

Con el nivel, tipo y diseño de la investigación, se da respuesta a la pregunta de investigación, a los objetivos del estudio y a la hipótesis del investigador. De nivel investigativo relacional porque se relacionaron dos variables (bivariado), observacional ya que no existió intervención del investigador.

Según la planificación de la toma de datos es prospectivo, porque la fuente de información de los datos es primaria, la autora recogió la información directamente de una fuente primaria.

Es transversal ya que se midieron las variables en una sola ocasión.

Según el número de variables, es analítico al realizarse un análisis bivariable donde se asociaron las variables.

6.1.7 Población de estudio.

La población de estudio fueron todos los adultos mayores de ambos sexos que residían de manera permanente en el sector correspondiente a los consultorios 11 y 12 del centro de salud Pascuales y corresponden a 112 adultos mayores.

6.1.8 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

En la presente investigación participaron todos los adultos mayores de ambos sexos que residían de manera permanente en el sector correspondiente a los consultorios 11 y 12 del centro de salud Pascuales, los cuales fueron recogidos del registro que consta en las Fichas Familiares de ambos consultorios.

6.5.1.1 Criterios de inclusión.

Adultos mayores de ambos sexos que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

Adultos mayores con residencia permanente en el área de atención de los consultorios 11 y 12.

6.5.1.2 Criterios de exclusión

1. Adultos mayores que presenten algún tipo de discapacidad mental que les impida responder los instrumentos incluidos en la investigación.
2. Adultos mayores que no es posible contactarlos luego de dos visitas a su hogar y dos citas al consultorio.

6.1.9 Procedimientos de recolección de la información

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas éticas para las investigaciones del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Además, se solicitó autorización a la dirección del centro de salud Pascuales.

Previo a la aplicación de los instrumentos de investigación se solicitó la firma del consentimiento informado a todos los adultos mayores de ambos sexos que participaron de la investigación.

Se utilizaron fuentes primarias de recogida de la información.

Para dar salida al objetivo 1 se utilizó una encuesta, elaborada por la investigadora y avalada por tres expertos, dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria y un especialista en Bioestadística, siguiendo los criterios de Moriyama, para la validación de los instrumentos. Acá se recogieron las variables socioeconómicas y demográficas, así como, las comorbilidades (objetivo 2).

También del objetivo 2 en relación con la satisfacción con su propia vida, se empleó la escala de Emmons, Larsen, y Griffin modificada; de los autores Robert Emmons, Randy Larsen y Sharon Griffin, de procedencia Inglaterra y validada en Ecuador. La escala se compone de 5 ítems que evalúan el juicio acerca de qué tan satisfecho se está con su vida actual. Es una escala tipo ordinal tipo Likert con 7 opciones de respuesta, que indagan el desacuerdo o acuerdo con la oración presentada. El puntaje más bajo que se puede obtener es 5 y el más alto es 35, valorada de la siguiente manera:

Puntuaciones entre 30 y más puntos indicarían muy satisfecho, entre 20-29 indicarían satisfacción, entre 10-19 estarían indicando poco satisfecho, y menor a 10 sería indicativo de insatisfacción.

Para dar salida al objetivo 3 se utilizó el test FF-SIL para medir la funcionalidad familiar en la población de estudio, creado en Cuba por Isabel Lauro Bernal. Las categorías estuvieron distribuidas de acuerdo a los ítems que se exploran en el mismo, valorando las respuestas como:

- Casi nunca..... 1
- Pocas veces..... 2

- A veces..... 3
- Muchas veces..... 4
- Casi siempre..... 5
- Clasificando a las familias como:
- Funcional..... (70 - 57 puntos).
- Moderadamente funcional..... (56 - 43 puntos).
- Disfuncional..... (42 - 28 puntos).
- Severamente disfuncional..... (27 - 14 punto).

Para dar salida al objetivo 4 (determinación de calidad de vida) se utilizó la escala de WHOQOL-BREF modificada, que es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100. Este instrumento fue creado por la Organización Mundial de la Salud, con la versión española de Ramona Lucas Carrasco. Consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente, determinando que se reconoce como buena calidad a un resultado mayor a 100, regular de 61 a 99 y mala inferior a 60, la cual se encuentra validada en el país.

Estos instrumentos fueron aplicados por la investigadora en la consulta o en el domicilio, garantizando la confidencialidad de la persona encuestada.

6.1.10 Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

VARIABLE	TÉCNICA
Objetivo 1	
Edad	Encuesta
Sexo	
Estado civil	
Escolaridad	
Ingreso económico	
Objetivo 2	

Satisfacción de su propia vida	Psicometría (Emmons, Larsen y Griffin modificada)
Comorbilidades	Encuesta
Objetivo 3	
Funcionamiento familiar	Psicometría (FF-SIL)
Objetivo 4	
Calidad de vida	Psicometría (WHOQOL-BREF)

6.1.11 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).

Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas. Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y las variables asociadas se utilizaron, para probar la hipótesis, la prueba estadística de Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de confianza del 95,0 % y un nivel de significancia del 5 % ($p < 0,05$). La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

6.1.12 Variables

6.1.13 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
Edad	Edad (grupos quinquenales)	65 – 69 años 70 – 74 años 75 – 79 años 80 – 84 años 85 años y más	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal

Estado civil	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Cualitativa nominal
Escolaridad	Escolaridad (niveles terminados)	Ninguna Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria sin terminar Bachiller Universidad terminada Posgrado terminado	Cualitativa ordinal
Ingreso económico	Per cápita (Ingreso mensual total dividido entre el número de integrantes de la familia)	Alto (2,54 usd/persona/día o más). Medio (entre 2,53 y 1,44 usd/persona/día). Bajo (menos de 1,43 usd/persona/día).	Cualitativa ordinal
Satisfacción con su propia vida	Escala de Emmons, Larsen, y Griffin modificada	Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho	Cualitativa ordinal
Comorbilidades	Enfermedades crónicas diagnosticadas	Hipertensión arterial Diabetes mellitus	Cualitativa nominal

		Obesidad Insuficiencia respiratoria Insuficiencia renal Dislipidemias Otras	
Funcionamiento familiar	Cohesión Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad Rol Permeabilidad	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional	Cualitativa ordinal
Calidad de vida	Percepción de calidad de vida	Buena Regular Mala	Cualitativa ordinal

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con base a los objetivos propuestos y la información recopilada a través de la encuesta a la población de adultos mayores de los dos consultorios, se pudieron obtener los siguientes resultados.

Las tablas de la 1 a la 5 resumen las variables sociodemográficas correspondientes al primer objetivo del estudio.

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según grupos de edad y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Edad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
65 - 69	19	36,5%	16	26,7%	35	31,3%
70 – 74	11	21,2%	21	35,0%	32	28,6%
75 - 79	9	17,3%	15	25,0%	24	21,4%
80 - 84	9	17,3%	4	6,6%	13	11,6%
85 años y más	4	7,7%	4	6,7%	8	7,1%
Total	52	100%	60	100%	112	100%

En la tabla número 1 se observó la distribución de los adultos mayores según grupos de edad y sexo. En el estudio participaron un total de 112 adultos mayores, predominando el grupo de edad 65 – 69 años con un número de 35 personas que representaron el 31.3%, mientras que en esta categoría el sexo predominante es el masculino con un total de 19 varones con el 36,5% y en menor proporción el sexo femenino con 16 mujeres (26,7%).

En el estudio de tipo investigativo relacional realizado por Figueroa Glenda en el año 2018 en Guayas, se determinó que el grupo de edad de mayor frecuencia es de 65 a 69 años con 60 personas que corresponde al 50,8% predominando sexo masculino con 69 personas que corresponde al 58.5% y con 41,5% que corresponde a 49 mujeres.

Al igual en el año 2015 los autores Bustamante Miguel, Lapo María, Torres José y Camino Segundo, realizaron un análisis descriptivo de los adultos mayores en la provincia del Guayas, con una muestra de 817 adultos, se estableció que existen más hombres (52,51%) que mujeres (47,49%).

En un estudio descriptivo Transversal realizado por Flores, Decena, Vega, Cervantes, Meza, Valle en el año 2017 a 100 adultos mayores de 60 años en México, reveló que el 51% correspondieron a hombres y 49% de mujeres.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Estado Civil	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Casado	23	44,2%	16	26,7%	39	34,8%
Unión libre	16	30,8%	12	20,0%	28	25,0%
Viudo	5	9,6%	14	23,3%	19	20,5%
Soltero	7	13,5%	15	25,0%	22	17,1%
Divorciado	1	1,9%	3	5,0%	4	3,6%
Total	52	100,0%	60	100,0%	112	100,0%

En la tabla número 2 se pudo evidenciar que el estado civil predominante en la población estudiada fue casado con un total de 39, de los cuales el sexo masculino predominó representando el 44,2%, mientras que el sexo femenino correspondió al 26,7%.

En el estudio sobre evaluación geriátrica y funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores en Santa Lucía en el año 2018 realizado por Miguel Murillo a 120 adultos mayores se estableció que el estado civil que prevaleció es la condición de casados con 54 adultos mayores (45,0%), siendo el sexo masculino el predominante con 32 adultos correspondiendo el 51,6%. (45)

En el estudio descriptivo, de corte transversal, observacional realizado en 2018 por Diego Olver denominado caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos de cuatro

consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud “25 de Enero” a 96 adultos mayores demostró que en la condición social actual, prevaleció la de casado (47,8 %), seguido de la viudez (28,4 %). (46)

Por otra parte, en 2016 en el centro de salud Pascuales la autora Norma Huacón realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal denominado funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, esta investigación incluyó 66 adultos mayores y prevaleció la condición de casado representando el 47%, seguido de la viudez con el 34,8%. (47)

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según escolaridad y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Ninguna (analfabetismo)	4	7,7%	4	6,7%	8	7,1%
Primaria sin terminar	6	27,3%	3	17,6%	9	23,1%
Primaria terminada	23	44,2%	34	56,7%	57	50,9%
Secundaria sin terminar	5	9,6%	7	11,7%	12	10,7%
Bachiller	3	5,8%	4	6,7%	7	6,3%
Universidad terminada	1	1,9%	0	0%	1	0,9%
Total	52	100,0%	60	100,0%	112	100,0%

En la tabla número 3 se estableció que la escolaridad predominante fue la primaria terminada con un 50,9% y que el sexo predominante fue el femenino con el 56,7% seguida de la primaria sin terminar con el 23,1% predominando el sexo masculino con el 27,3%.

Bustamante Miguel, Lapo María, Torres José y Camino Segundo, en el año 2015 realizaron un análisis descriptivo donde el nivel educativo con mayor proporción es la educación básica que corresponde 53,12%.

En un estudio descriptivo transversal realizado por Flores, Decena, Vega, Cervantes, Meza, Valle en el año 2017 a 100 adultos mayores de 60 años de la comunidad de Tecolotlán, México se evidenció que el grado escolar con mayor predominio fue el nivel primario en un 76%.

En el estudio denominado funcionalidad y autopercepción de calidad de vida en el año 2018 de autoría de Karla Morocho de nivel relacional, observacional de corte transversal a 170 adultos mayores se evidenció que el 31.2% presentaron educación primaria completa, el 23.5% primaria incompleta y el 26.5% son analfabetos. (38)

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según ingreso económico y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Ingreso económico	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Bajo	28	53,8%	31	51,7%	59	52,7%
Medio	17	32,7%	23	38,3%	40	35,7%
Alto	7	13,5%	6	10,0%	13	11,6%
Total	52	100,0%	60	100,0%	112	100,0%

En la tabla número 4 se pudo evidenciar que en la población de estudio el nivel de ingreso económico predominante es el bajo con el 52,7% (masculino 53,8% y femenino 51,7%, seguido del nivel medio con el 35,7% (masculino 32,7% y femenino 38,3%).

En el estudio de tipo investigativo relacional, prospectivo, de corte transversal en el año 2018, realizado por Figueroa Glenda, se evidenció que en relación al nivel socioeconómico predominó el nivel medio bajo con 46 personas para un 39,0% (masculino 18.6% y femenino 20.3%).

En el estudio cuantitativo, correlacional-causal realizado por Novoa Paola y Seclen Fiorella denominado Factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor en Chiclayo en el año 2016, se estableció que el 92,5% perciben menos de S/500 lo cual se interpreta como un ingreso económico bajo, seguido del 5,0% entre S/500 – S/ 1000 que corresponde a

un ingreso medio. (48)

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según comorbilidades y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Comorbilidades	Masculino N=52		Femenino N=60		Total 112	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensión arterial	28	53,8%	28	46,7%	56	50,0%
Diabetes mellitus	7	13,6%	14	23,3%	21	18,7%
Enfermedad pulmonar	0	0%	3	5,0%	3	2,7%
Obesidad	2	3,8%	1	1,6%	3	2,7%
Ninguna	14	26,9%	13	21,7%	27	24,1%
Otras	1	1,9%	1	1,7%	2	1,8%

En la tabla número 5 se pudo establecer que en la población adulta mayor de estudio predominó la hipertensión arterial con 56 adultos y corresponde 50,0% en mayor proporción el sexo masculino 53,8% y mujeres en menor proporción 46,7%.

En el estudio cuantitativo descriptivo realizado por Romero Zuriel, Montoya Bernardino en el año 2017, se evidenció que los adultos mayores padecen al menos una enfermedad crónico degenerativa, pues casi 64% de la población la presenta, en particular la mayoría correspondía a mujeres.

En el estudio de tipo investigativo relacional, prospectivo, de corte transversal realizado por Figueroa Glenda en el año 2018, se estableció que predominó el sexo masculino con 16 hipertensos para un 13.6%, y asma bronquial con 7 casos que corresponde al 5,9%, al contrario de la diabetes mellitus que prevaleció en el sexo femenino con 16 para un 13.6% del total de casos.

En el estudio no experimental realizado en México en el año 2015 por Teyssier Margarita referente a las comorbilidades se estableció que existe mayor caso de diabetes mellitus en mujeres con un 15,1% que hombres con 10,8%.

Tabla 6. Distribución de adultos mayores según satisfacción con su propia vida y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Satisfacción con su propia vida	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Muy satisfecho	1	1,9%	0	0%	1	0,9%
Satisfecho	9	17,3%	4	6,7%	13	11,6%
Poco satisfecho	33	63,5%	36	60,0%	69	61,6%
Insatisfecho	9	17,3%	20	33,3%	29	25,9%
Total	52	100,0%	60	100,0%	112	100,0%

En la tabla número 6 se pudo establecer que la satisfacción con su propia vida en mayor proporción está representada por el estar poco satisfecho con el 61,6% (63,5% masculino y 60% femenino) seguido de insatisfecho con el 25,9% (17,3 masculino, y 33,3% femenino).

Los autores Bustamante Miguel, Lapo María, Torres José y Camino Segundo, en el año 2015 realizaron un análisis descriptivo, demográfico y socioeconómico, estableció en cuanto a la satisfacción con su propia vida se observó que el 53,98% estuvieron altamente satisfechos con su propia vida y el 36,68% un poco satisfechos.

En un estudio no experimental denominado Autoestima, bienestar psicológico y satisfacción con la vida en personas mayores pertenecientes a dos grupos de la tercera edad del municipio de Dosquebradas de 36 adultos realizado por Dayana Córdoba en el año 2020 la satisfacción con la vida de los adultos tardíos participantes de esta investigación donde el 44% de los participantes se encuentra muy satisfechos; el 27% satisfechos; un 11% presenta un índice de poca satisfacción, el 5% se encuentra poco insatisfecho y, un 11% tiene un nivel de satisfacción con la vida muy insatisfecho. (49)

En un estudio del año 2015 de tipo descriptivo, transversal realizado por Kevin León en Arauca donde participaron 77 adultos mayores de 60 años se

estableció que el nivel de satisfacción con la vida por género se presentaton porcentajes altos tanto en hombres (59%) como mujeres (33%) en las categorías de altamente satisfechos y satisfechos, lo contrario se evidenció en la categoría satisfechos donde los hombres puntuaron un 34% y las mujeres el 50%. (50)

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según funcionamiento familiar y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Funcionamiento Familiar	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Familia funcional	1	1,9%	0	0%	1	0,9%
Familia moderadamente funcional	7	13,5%	6	10,0%	13	11,6%
Familia disfuncional	35	67,3%	39	65,0%	74	66,1%
Familia severamente disfuncional	9	17,3%	15	25,0%	24	21,4%
Total	22	100,0 %	17	100,0 %	39	100,0

En la tabla número 7 se pudo apreciar que existe predominio en el grupo familiar disfuncional con el 66,1% de los cuales el 67,3% corresponde al sexo masculino y el 65% al sexo femenino, y en menor proporción la familia funcional con el 0,9%.

En el estudio investigativo descriptivo, de corte transversal realizado por Salazar William en el año 2018, predominó la familia funcional con 43 miembros, que representó el 51,8%, seguido de la familia moderadamente funcional con 45,8%. Mientras que solo 2 familias son disfuncionales y

ninguna de ellas severamente disfuncional.

En el estudio realizado por Salazar M, Garza E, García S, Juárez P, Herrera J, Duran T (2019) que fue de tipo descriptivo y correlacional, con una muestra de 86 se evidenció que disfuncionalidad familiar grave representó el 3.5%.

En un estudio de tipo mixto, cuantitativo transversal analítico y cualitativo de tipo etnográfico Marco Segarra en 2015-2016 se determinó que el 72% de las familias de los adultos mayores son funcionales y el 28% presentan disfuncionalidad, además el 19 % son familias con una disfunción moderada.

Tabla 6. Distribución de adultos mayores según calidad de vida y sexo. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Calidad de vida	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Regular	32	61,5%	25	41,7%	57	50,9%
Mala	20	38,5%	35	58,3%	55	49,1%
Total	52	100,0%	60	100,0%	112	100,0%

En la tabla número 8 se puede observar que en la población estudiada no se encontraron adultos mayores con calidad de vida buena, mientras que la calidad de vida regular estuvo representada por 57 casos para el 50,9%, predominando el sexo masculino con el 61,5% y femenino 41,7% en este grupo.

Por otra parte 55 adultos mayores se definieron con una calidad de vida mala, para el 49,1%, de estos el 38,5 % fueron masculinos y el 58,3 % femeninos. Karla Morocho en su estudio sobre funcionalidad y autopercepción de calidad de vida en adultos mayores del centro de salud Santiago de Guayaquil en el año 2018, evidenció que el 58.2 % de los adultos mayores tenían una autopercepción de la calidad de vida media.

En el estudio cuantitativo descriptivo realizado por Romero Zuriel, Montoya Bernardino en México, en el año 2017, se estableció que el nivel de calidad de vida por sexo, el género masculino presenta mejores condiciones

(45.45%), presentaron calidad de vida alta y muy alta (buena), mientras que el porcentaje es menor en las mujeres (39.88%).

En el estudio realizado por Figueroa Glenda (2018), a una población 118 adultos se determinó que prevaleció la calidad de vida media con 79 adultos mayores que corresponde a 66,9% (femenino 29.7% y masculino 37,3%), con predominio del sexo masculino con 44 personas para un 37,3%; y finalmente con un 33.1% el nivel bajo.

Las tablas de la 9 a la 15, resumen la posible asociación entre factores socioeconómicos, comorbilidades y disfuncionalidad familiar con la calidad de vida, presentes en el adulto mayor correspondiente al quinto objetivo del estudio.

Tabla 9. Distribución de la población según sexo y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Sexo	Calidad de vida				Total	
	Regular	%	Mala	%	No	%
Femenino	25	43,9%	35	63,6%	60	53,6%
Masculino	32	56,1%	20	36,4%	52	46,4%
Total	28	100,0%	11	100,0%	39	100,0%

$X^2 = 4,402$

$P = 0,036$

De acuerdo a la distribución de sexo con la calidad de vida, se estableció que el sexo femenino predominó la mala calidad de vida con el 63,6% con 35 personas y la calidad de vida regular se ubica en el 56,1% con predominio del sexo masculino.

En la evaluación de 112 adultos mayores, se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo con calidad de vida. ($p = 0,036$).

Es un estudio realizado por Deysi Campos en Cajamarca en el año 2013 de tipo descriptivo, analítico, de corte transversal y correlacional conformado por

una población de 120 adultos mayores con diagnóstico de osteoporosis se observó que no existe relación significativa entre calidad de vida con la variable sexo ($P= 0.659$). (51)

En el estudio transversal contó con la participación de 191 adultos mayores de la autoría de Cardona Jairbeth, Elizabeth Giraldo y María Maya en Colombia en el año 2013 se estableció que el sexo femenino presentó puntajes estadísticamente mayores en los componentes psicológico ($p= -0,329$), social ($-0,162$) y ambiental ($-0,147$); evidenciando asociación estadística con la calidad de vida. (52)

Tabla 10. Distribución de la población según grupos etáreos y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021

Grupos etáreos	Calidad de vida				Total	
	Regular	%	Mala	%	No	%
65 – 69 años	23	40,4%	12	21,8%	35	31,3%
70 – 74 años	13	22,8%	19	34,5%	32	28,6%
75 – 79 años	7	12,3%	17	30,9%	24	21,4%
80 – 84 años	9	15,8%	4	7,3%	13	11,6%
85 años y más	5	8,7%	3	5,5%	8	7,1%
Total	57	100,0%	55	100,0%	112	100,0%

$X^2= 11,140$

$P= 0,025$

De acuerdo a la distribución de grupos etáreos con la calidad de vida, se determinó que en el grupo predominante de 65-69 años con el 31,3% predominó la calidad de vida regular con el 40,4%.

En la evaluación de 112 adultos mayores, se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo con calidad de vida. ($p= 0,036$).

En el estudio de García Garrido titulada Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria en el 2014, no se observó

una relación significativa entre la edad y la Calidad de vida. (53)

En un estudio en la provincia del Azuay en 2015-2016 realizado por Marco Segarra donde se incluyó a 146 participantes, se encontró una asociación significativa entre la edad mayor de 75 años como un indicador negativo para la calidad de vida ($p= 0.010$). (42)

En el estudio descriptivo de autoría Siguenza María, Siguenza Carlos, Sinche Nabila en Cuenca en el año 2013 con una población de 13804 personas demostró significancia estadística para el grupo de edad de 65-80 años con una $p= 0,007$. (54)

Tabla 11. Distribución de la población según estado civil y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del centro de salud Pascuales. Año 2021

Estado civil	Calidad de vida				Total	
	Regular	%	Mala	%	No	%
Casado	24	42,1%	15	27,3%	39	34,8%
Unión libre	10	17,5%	18	32,7%	28	25,0%
Soltero	11	19,3%	11	20,0%	22	19,6%
Viudo	10	17,5%	9	16,4%	19	17,0%
Divorciado	2	3,5%	2	3,6%	4	3,6%
Total	57	100,0%	55	100,0%	112	100,0%

$X^2= 4,402$

$P= 0,036$

De acuerdo a la distribución del estado civil con la calidad de vida, se estableció que el estado civil casado presentó calidad de vida regular con el 42,1% con 24 personas y la calidad de vida mala se ubica en el estado civil unión libre con el 32,7%.

En la evaluación de 112 adultos mayores, se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el estado civil con calidad de vida. ($p= 0,036$).

En un estudio realizado por Deysi Campos en el año 2013 conformado por una población de 120 adultos mayores con diagnóstico de osteoporosis se

observó que no existió relación significativa entre calidad de vida con la variable sexo ($P= 0.302$). (51)

Bustamante Miguel, Lapo María, Torres José y Camino Segundo, en el año 2015 realizaron un análisis descriptivo a 817 adultos mayores y establecieron que el estado civil divorciado no fue estadísticamente significativo con la calidad de vida ($p= 0,220$). (36)

En el estudio transversal de la autoría de Cardona Jairbeth, Elizabeth Giraldo y María Maya en Colombia en el año 2013 donde participaron 191 adultos mayores, el estado civil presentó asociación estadística ($p=0,001- 0,053$). (52)

Tabla 12. Distribución de la población según ingreso económico y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Ingreso económico	Calidad de vida				Total	
	Regular	%	Mala	%	No	%
Bajo	29	50,9%	30	54,5%	59	52,7%
Medio	20	35,1%	20	36,4%	40	35,7%
Alto	8	14,0%	5	9,1%	13	11,6%
Total	57	100,0%	55	100,0%	112	100,0%

$X^2= 0,674$

$P= 0,714$

De acuerdo con la posible asociación del ingreso económico con la calidad de vida, se estableció que en el ingreso económico bajo predomina la mala calidad de vida con el 54,5%, al igual que la calidad de vida regular predomina el ingreso bajo con 50,9%.

En la evaluación de 112 adultos mayores, se determinó que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el ingreso económico con calidad de vida. ($p= 0,714$).

En el estudio realizado por Figueroa Glenda (2018), a una población 118 adultos determinó que prevaleció el ingreso económico medio de acuerdo a la calidad de vida prevaleció con 79 personas lo cual determinó que existe una

diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico con calidad de vida. ($p= 0,01$).

En el estudio realizado por Deysi Campos en el año 2013 conformado por una población de 120 adultos mayores con diagnóstico de osteoporosis Se observa en la tabla que al relacionar calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores económicos no se halló relación significativa ($p=0.962$). (51)

Tabla 13. Distribución de la población según escolaridad y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Escolaridad	Calidad de vida				Total	
	Regular	%	Mala	%	No	%
Primaria sin terminar	14	24,6%	13	23,6%	27	24,1%
Primaria terminada	26	45,6%	31	56,4%	57	50,9%
Secundaria sin terminar	6	10,5%	6	10,9%	12	10,7%
Bachiller	4	7,0%	3	5,5%	7	6,3%
Universidad terminada	1	1,8%	0	0	1	0,9%
Ninguna	6	10,5%	2	3,6%	8	7,1%
Total	57	100,0%	55	100,0%	112	100,0%

$X^2= 3,584$

$P= 0,611$

De acuerdo a la distribución de escolaridad con la calidad de vida, se estableció que el sexo femenino predominó la mala calidad de vida con el 63,6% con 35 personas y la calidad de vida regular se ubica en el 56,1% con predominio del sexo masculino.

En la evaluación de 112 adultos mayores, se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo con calidad de vida. ($p=$

0,036).

En un estudio realizado por Deysi Campos en el año 2013 conformado por una población de 120 adultos mayores con diagnóstico de osteoporosis se observó que no existe relación significativa entre calidad de vida con la variable sexo ($P= 0.318$). (51)

En el estudio descriptivo de autoría Siguenza María, Siguenza Carlos, Sinche Nabila en Cuenca en el año 2013 con una población de 13804 personas se estableció en cuanto a instrucción hubo significancia estadística ($p=0.000$). (54)

En el estudio transversal de la autoría de Cardona Jairbeth, Elizabeth Giraldo y María Maya en Colombia en el año 2013 donde participaron 191 adultos mayores se estableció que un mayor nivel educativo se relacionó con la presencia de mayores puntajes que representó una significancia estadística ($p= 0,000-0,003$). (52)

Tabla 14. Distribución de la población según satisfacción con su propia vida y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021

Satisfacción con su propia vida	Calidad de vida				Total	
	Regular	%	Mala	%	No	%
Muy satisfecho	1	1,8%	0	0%	1	0,9%
Satisfecho	13	22,8%	0	0%	13	11,6%
Poco satisfecho	37	64,9%	32	58,2%	69	61,6%
Insatisfecho	6	10,5%	23	41,8%	29	25,9%
Total	57	100,0%	55	100,0%	112	100,0%

$X^2= 24,300$

$P= 0,000$

De acuerdo a la satisfacción con su propia vida con la calidad de vida, se estableció que los participantes pocos satisfechos predominaron con el 64,9% en la calidad de vida regular, seguida de la mala calidad de vida con el 58,2%. En la evaluación de 112 adultos mayores, se determinó que existe una

diferencia estadísticamente significativa entre la satisfacción con su propia vida con calidad de vida. ($p= 0,000$).

En una investigación del 2010, de los autores Flores M, Troyo R, Vega M, de tipo transversal, observacional y descriptivo con la participación de 422 adultos mayores se determinó que el grupo muy satisfecho reportó estar asociada a la calidad de vida ($p=0,011$) y de igual manera el grupo insatisfecho ($p=0,014$). (55)

En el estudio del 2016 descriptivo, correlacional a 101 adultos mayores en Tumbes de la autoría de Evelyn Rosillo denominado relación entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Tumbes, se evidenció que no existe correlación estadística entre calidad de vida y satisfacción vital de $p=0,629$. (56)

Tabla 15. Distribución de la población según comorbilidades y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021

Comorbilidades	Calidad de vida				Total	
	Regular	%	Mala	%	No	%
Hipertensión Arterial	28	49,1%	28	50,9%	56	50,0%
Ninguna	17	29,8%	10	18,2%	27	24,1%
Diabetes mellitus	6	10,5%	15	27,3%	21	18,8%
Enfermedad pulmonar	2	3,5%	1	1,8%	3	2,7%
Obesidad	3	5,3%	0	0%	3	2,7%
Otras	1	1,8%	1	1,8%	2	1,8%
Total	57	100,0%	55	100,0%	112	100,0%

$X^2= 8,972$

$P= 0,110$

De acuerdo con la distribución de comorbilidades con la calidad de vida, se estableció que en la hipertensión arterial predominó en la mala calidad de vida con el 50,9% mientras que la categoría regular se evidenció el 49,1%.

En la evaluación de 112 adultos mayores, se determinó que no existe una

diferencia estadísticamente significativa entre el sexo con calidad de vida ($p=0,110$).

En una investigación del 2010, de los autores Flores M, Troyo R, Vega M, de tipo transversal, observacional y descriptivo con la participación de 422 adultos mayores se determinó que las principales enfermedades crónicas la hipertensión y la diabetes. En ambas comorbilidades se identificó una diferencia estadística de $p < 0.02$ por género, donde 58.7% de mujeres padecían hipertensión y 18.4% presentaron problemas digestivos, mientras que en los hombres el 20.6%) manifestaron diabetes y un 22.6% problemas respiratorios. (55)

En el estudio realizado por Figueroa Glenda (2018), a una población 118 adultos mayores se observó que no existe relación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial con la calidad de vida. ($p= 0,9$), mientras que con la diabetes mellitus se estableció que existe relación estadísticamente significativa con la calidad de vida. ($P= 0,01$).

Tabla 16. Distribución de la población según funcionalidad familiar y calidad de vida. Consultorio 11 y 12 del Centro de salud Pascuales. Año 2021

Funcionalidad familiar	Calidad de vida				Total	
	Regular	%	Mala	%	No	%
Familia disfuncional	41	71,9%	33	60,0%	74	66,1%
Familia severamente disfuncional	3	5,3%	21	38,2%	24	21,4%
Familia moderadamente funcional	12	21,1%	1	1,8%	13	11,6%
Familia funcional	1	1,8%	0	0%	1	0,9%
Total	57	100,0%	55	100,0%	112	100,0%

$\chi^2 = 24,645$

$P = 0,000$

De acuerdo a la distribución de funcionalidad familiar con calidad de vida, se estableció que en la familia disfuncional predominó la calidad de vida regular con el 71,9%, seguida de la mala calidad de vida en dicha familia con el 60%. En la evaluación de 112 adultos mayores, se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar con calidad de vida. ($p = 0,000$).

En el estudio descriptivo, comparativo y correlacional realizado por Teresa Carreón en el año 2016 a 130 adultos mayores se estableció que existió relación positiva y significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida ($p = .000$). (57)

En el estudio realizado por Francisco Martínez descriptivo, tipo asociación cruzada, de corte transversal a 70 adultos mayores determinó entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores de 60 años y más en el cual se obtuvo el resultado ($p = 0.008$) lo cual estableció que a medida que aumenta la funcionalidad familiar aumenta la calidad de vida. (58)

8. CONCLUSIONES

En la población de estudio predominó el sexo masculino, el grupo de edad entre 65 y 69 años, el estado civil casado y el nivel de instrucción primaria terminada. El factor económico predominante fue el nivel bajo y en menor porcentaje el nivel medio; y de acuerdo a las comorbilidades prevalecieron los adultos hipertensos, seguidos de aquellos que no presentaron ninguna enfermedad y muy cercanos aquellos con diabetes mellitus.

Referente a la satisfacción con su propia vida de los adultos mayores en la población de estudio, predominaron los que se perciben como poco satisfecho y en mínimo porcentaje los que refirieron sentirse muy satisfechos. Se evidenció que los adultos mayores según funcionamiento familiar en mayor porcentaje lo presentaron los que pertenecían a familias disfuncionales y en menor porcentaje las de familias funcionales.

En un mayor número los adultos mayores percibieron su calidad de vida como regular seguidos por aquellos que la consideraron como mala, ninguno consideró que era buena.

En esta investigación las variables sexo, edad, estado civil y funcionalidad familiar se asociaron con la calidad de vida de los adultos mayores, mientras que la hipertensión arterial fue la comorbilidad que se encontró asociada. El ingreso económico, la escolaridad y el resto de comorbilidades no demostraron una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida.

9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación realizada en el ámbito de salud familiar enfatiza la influencia de los diversos factores biopsicosociales con la calidad de vida del adulto mayor que se ve afectado bajo ciertas circunstancias. Además, se debería implementar nuevas estrategias donde ellos sean el eje principal que condicione su bienestar en todos los aspectos.

Otro aspecto relevante será el comunicar a la respectiva área de salud sobre los resultados del estudio realizado basándose en los objetivos que motivaron al estudio para que puedan ejecutar acciones en mejoras de la calidad de vida de nuestros adultos mayores como por ejemplo fomentar charlas para los hogares de adultos mayores donde existan familias disfuncionales, reforzar a aquellas familias que aún mantengan armonía en su entorno, mejorar la calidad de vida con realización de actividades como lectura, actividad física, talleres de manualidades, etc.

En cuanto a las limitaciones presentadas durante la realización de la investigación se puede señalar que en algunas familias existió cierta restricción de información debido a motivos ajenos al estudio, pero con la habilidad adquirida en la formación durante este tiempo se pudo concretar los datos solicitados.

Se espera que los profesionales de salud adquieran y refuercen habilidades durante su formación integral de tal manera que puedan desarrollar tal empatía con la comunidad para la realización de investigaciones futuras e implementarlas desde el primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Martín MM, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Álvarez González K, Díaz Rey RC. Medio familiar de los adultos mayores. Rev. de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 16, Núm. 1 (2012) [citado: 13 Sept 2020]; Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/874/html>
2. Mayra Griselda Valdez-Huirache CAB. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Scielo Horizonte sanitario versión Online. 2018 ene-abr.; 17(2 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200774592018000200113&script=sci_arttext&tlng=pt).
3. Sánchez G. Esperanza para la Familia, A. C. catálogo 0234, [citado 13 Sept 2020]. Disponible en: <http://www.esperanzaparalafamilia.com>
4. Jaiberth Antonio Cardona-Arias EGMAM. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano. revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. 2016 Dic.; 29(1 <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5484/5701>).
5. Dannt Arévalo-Avecillas CGCPLNW. Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. Scielo Información tecnológica. 2019 Oct; 30(5 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-07642019000500271&script=sci_arttext&tlng=n#B35).
6. Pública Mds. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. 2nd ed. Pública DNdAyMdSNdSyDIR, editor. Quito: Dirección Nacional

de Gobernanza de la Salud Pública; 2018.

7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Ginebra. OMS. 2018. [citado 28 Jul 2020] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
8. García AMA, Maya ÁMS. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos.[Internet] 2014; [citado Agosto 10 2020]; 25(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
9. Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Discapacidad y salud. Geneva;; 2001. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/icf/en/#:~:text=The%20International%20Classification%20of%20Functioning,health%20and%20health%2Drelated%20domains.&text=ICF%20is%20the%20WHO%20framework,both%20individual%20and%20population%20levels>.
10. Instituto Nacional de Salud. Determinantes sociales de salud. [Internet]. 2017.[citado Agosto 10 2020].Vol.35;Núm.3.Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/Paginas/determinantes-socialesde-salud.aspx>.
11. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2005 [citado Agosto 10 2020].2018 Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/.
12. Chong Daniel Aida. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Jun [citado 2020 Ago 11] ; 28(2): 79-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es.

13. Organización Mundial de la salud. Organización Mundial de la salud. [Internet].; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
14. Ribot Reyes, Victoria de la Caridad, Yamisleydis Leyva Villafañá, and Carlos Moncada Menéndez. 2016. "Calidad de Vida Y Demencia." Revista Archivo Médico de Camagüey 20 (1025–0255): 80. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4156>
15. Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet]; 2002. [citado 29 Jul 2020]37 (S2): 74- 105. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
16. Paterne G, Bardales Y, Martinez M. Calidad de vida. En: Abizanda P. Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2012.[Internet]. p. 155-62. [citado Agosto 10 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/363/36346797001.pdf>
17. Lisigurski M, Varela L. Calidad de vida. En: Varela L. Principios de Geriátrica y Gerontología. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.[Internet]. p. 63-7. [citado Agosto 10 2020]. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196/2219>
18. Organización Mundial de la Salud.Desarrollo de la Evaluación de la Calidad de Vida WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud. 1998. [Internet].Medicina Psicológica, [citado 24 de Agosto 2020].28, 551-558. Disponible en: [https://depts.washington.edu/uwcssc/sites/default/files/hw00/d40/uwcssc/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20\(WHOQOL\).pdf](https://depts.washington.edu/uwcssc/sites/default/files/hw00/d40/uwcssc/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20(WHOQOL).pdf)

19. Organización Mundial de la Salud. (1998). Microsoft Word - WHOQOLUserManual.doc - who_qol_user_manual_98.pdf. [Internet]. 1998. [citado 24 de Agosto 2020]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidenze/who_qol_user_manual_98.pdf

20. Rojas-Gualdrón, Diego Fernando, Díaz Gordon, Patricia, Jaramillo Ortegón, Diana Patricia, Ortega Ortiz, Martha Eugenia, Castellanos Ruiz, Julia Alba, & González Marín, Andrea del Pilar. (2018). ANÁLISIS RASCH DEL WHOQOL-BREF EN ADULTOS MAYORES DE BUCARAMANGA Y MANIZALES. *Psicología desde el Caribe*, 35(3), 183-196. <https://dx.doi.org/10.14482/psdc.35.3.153>.

21. Louro B I. Manual para la Intervención en la Salud Familia. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana.(2002):1-41. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf

22. Monereo C, Romero M. Estrategias de gestión temporal en las actividades colaborativas mediadas por ordenador. Análisis cualitativo de los episodios estratégicos. *Rev Teoría de la Educación*.(2004). Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/12522/files/TESIS-2013-088.pdf>

23. Pérez C., Fernández B. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*(2005);21:1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200500100024

24. Ortiz M., Padilla M., Padilla E. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. *Revista de la unión latinoamericana de psicología*. (2005);1-8. Disponible en:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n3/n3a05.pdf>

25. Cabrera I., Rodríguez A., Montesino E., Ochoa N., Sierra M. Percepción del funcionamiento familiar de estudiantes de Logofonoaudiología. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud.* (2012);4:1-11. Disponible en:<http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/136/216>
26. Salazar de la Cruz Miriam, Jurado-Vega Arturo. Niveles de Intervención Familiar. *Acta Méd. Peruana.*(2013);30:37-41. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100007
27. Shin, D.C. y Johnson, D.M. (1978). Felicidad reconocida como valoración global de la calidad de vida. *Indicadores sociales*, [Internet]. 5, 475-92. [citado Agosto 10 2020]. Disponible en: https://econpapers.repec.org/article/sprsoinre/v_3a5_3ay_3a1978_3ai_3a1_3ap_3a475-492.htm
28. Vélez MDCC. La historia de la vejez. *Dialnet.* 2008;[Internet]. 18 (237-254). [citado Agosto 10 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003504>
29. Belenger M, Aliaga F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. *Rev. Rol de Enfermería.España.* 2000; [Internet].23(3)(231-234.). [citado Agosto 10 2020]. Disponible en: <https://www.uv.es/~aliaga/curriculum/TiempoLibre.htm>
30. Sanchueza Parra Marcela, Castro Salas Manuel, Merino Escobar José M.. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2005. Dic [citado 2020 Ago 11] ; 11(2): 17-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>

31. Freire WB. gerontologia. Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento. [Internet].; 2009 [citado Agosto 10 2020]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABEpresentacion-resultados.pdf>.
32. Bayarre Veá HD, Álvarez Lauzarique ME, Pérez Piñero JS, Almenares Rodríguez K, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MC, et al. Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. Rev Panam Salud Publica. 2018;[citado 28 de Jul 2020];42:e21. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.21>
33. Jaime Ochoa-Vázquez, Maribel Cruz-Ortiz, Ma. del Carmen Pérez-Rodríguez, Cristian Erick Cuevas-Guerrero. El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet].2018;[citado 28 Jul 2020]; 26(4):273-80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184g.pdf>
34. Flores-Villavicencio M.E; Decena-Hernández K; Vega-López M.G; Cervantes-Cardona G.A; Meza-Flores I.J; Valle-Barbosa M.A. Transición del adulto mayor productivo al envejecimiento activo. RevSalJal.[Internet].2017;[citado Agosto 10 2020]; 4(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2017/sj171g.pdf>
35. Figueroa G. Influencia de los factores socioeconómicos y biológicos en la calidad de vida del adulto mayor en dos consultorios del centro de salud n° 8. Año 2018 [Internet]. Repositorio UCSG. 2018 [citado 13 julio 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12161/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-56.pdf>
36. Bustamante, Miguel A; Lapo, María del C; Torres, José D y Camino,

Segundo M. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. Inf. tecnol. [Internet]. 2017, vol.28, n.5 [citado 28 Jul 2020], pp.165-176. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642017000500017&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-0764. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642017000500017>.

37. Teyssier Larios M. Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla (México) [Internet]. Dialnet. 2015 [citado 25 agosto 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=135355>
38. Morocho K. Funcionalidad y autopercepción de calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad santiago de guayaquil [Internet]. Repositorio UCSG. 2018 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12159/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-54.pdf>
39. Soria Z, Montoya B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México [Internet]. Papeles de población. 2017 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059
40. William S. Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores del consultorio médico de familia no 4, centro de salud urbano playas. Año 2018. [Internet]. Repositorio UCSG. 2018 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12171/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-66.pdf>
41. Salazar-Barajas M.E., Garza-Sarmiento E.G., García-Rodríguez S.N., Juárez-Vázquez P.Y., Herrera-Herrera J.L., Duran-Badillo T..

Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2020 Ago 24] ; 16(4): 362-373. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400362&lng=es. Epub 16-Abr-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>.

42. Segarra Marco. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia guaraynag, Azuay. 2015-2016.[tesis doctoral]. [Azuay]. Universidad de Cuenca.2017. [citado 24 de Agosto 2020]. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27169/1/Tesis.doc.pdf>
43. Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Segura Cardona A, Muñoz Rodríguez DI, Agudelo Cifuentes MC. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia Promoc. Salud*. [Internet].2019 [citado 2020 Ago 24]; 24 (1): 97-111. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00097.pdf>
44. Sánchez, Diego. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Rev. geogr. Norte Gd*. [Internet]. 2015, n.60 [citado 2020-08-24], pp.97-114. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022015000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-3402. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>.
45. Miguel M. Evaluación geriátrica y funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores en el consultorio tres del centro de salud santa lucía. Año 2018. [Internet]. Repositorio UCSG. 2018 [citado 4

- septiembre 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12196/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-90.pdf>
46. Olver D. “Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos de cuatro consultorios de medicina familiar y comunitaria del centro de salud 25 de enero. Año 2018” [Internet]. Repositorio UCSG. 2018 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12199/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-93.pdf>
47. Huacón N. “funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, centro de salud pascuales; junio de 2015 a junio de 2016” [Internet]. Repositorio UCSG. 2016 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7391/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-8.pdf>
48. Novoa P, Seclen F. Factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo 2016 [internet]. Repositorio USS. 2016 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en:
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3031/Novoa%20%20Sandoval%20-%20Seclen%20Falen.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
49. Córdoba D. Autoestima, bienestar psicológico y satisfacción con la vida en personas mayores pertenecientes a dos grupos de la tercera edad del municipio de Dosquebradas [Internet]. Repositorio UCP. 2020 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en:
<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/6243/2/DDMPSI286.pdf>
50. León Kevin. Nivel de satisfacción vital en hombres y mujeres adulto

mayor vinculados al centro integral de capacitación a las familias (cicaf) del municipio de arauca [Internet]. Repositorio UCC. 2015 [citado 5 septiembre 2021]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8096/1/2015_nivel_satisfaccion_vital.pdf

51. Campos D. Calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis relacionado con los factores socioeconómicos y familiares. Essalud. Cajamarca: 2013 [Internet]. Repositorio UNC. 2013 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3520/CALIDAD%20DE%20VIDA%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%20CON%20OSTEOPOROSIS%20RELACIONADO%20CON%20LOS%20FACTORES%20SOCIOECON%20MICOS%20Y%20.pdf?sequence=1>
52. Cardona J, Giraldo E, Maya M. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano [Internet]. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander. 2013 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5484/5701>
53. García A. Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria [Internet]. Tesis doctorals en Xarxa. 2014 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/145789#page=1>
54. Siguenza M, Siguenza C, Sinche N. Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca [Internet]. Dspace. 2013 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20221/1/TESIS%20\(23\).pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20221/1/TESIS%20(23).pdf)

55. Flores M, Troyo R, Vega M. Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en guadalajara jalisco México. [Internet]. Procesos Psicológicos y Sociales Vol. 6 Año 2010 No. 1 y 2. 2010 [citado 4 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.pdf>
56. Rosillo E. Relación entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de realengal - tumbes, 2016. [Internet]. Repositorio ULADECH. 2016 [citado 5 septiembre 2021]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4464/SATISFACCION_VITAL_CALIDAD_DE_VIDA_ROSILLO_PENA_EVELYN_IBECZABETH.pdf;jsessionid=D9FC39ACFCB2181D8709E87E0DF42A89?sequence=1
57. Carreón T. Funcionalidad Familiar y Calidad de Vida en el Adulto Mayor con Diabetes Tipo 2 [Internet]. Repositorio institucional BUAP. 2016 [citado 5 septiembre 2021]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/2237>
58. Martínez F. Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del hospital general de zona con medicina familiar no. 2. Del instituto mexicano del seguro social, san luis potosí s.l.p. [Internet]. Repositorio institucional UASLP. 2020 [citado 5 septiembre 2021]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7244/TesisE.FM.2020.Relaci%c3%b3n.Mart%c3%adnez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en investigar la posible asociación entre factores biopsicosociales y familiares con la calidad de vida de los adultos mayores en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales de enero a junio de 2021, cuyos resultados permitirán elaborar a futuro acciones en este grupo.

He recibido la información por el médico: Nieto Blacio Claudia Daniela, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0704480250 y número de teléfono: 0985211959.

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en la aplicación de una encuesta con una serie de preguntas relacionadas al tema.
4. El tiempo aproximado que dedicaré a aportar los datos para la investigación será de 30 minutos.
5. Conozco que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
7. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
8. Se me permitirá el tiempo necesario para responder y tendré la oportunidad para realizar preguntas.

9. Todas las preguntas serán respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha: _____

ANEXO 2

Anexo 2. Encuesta

Estimado (a) agradecemos de antemano su valioso aporte al participar en la presente investigación: Factores biopsicosociales y familiares asociados con la calidad de vida de los adultos mayores en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales de enero a junio de 2021. Al leer cada una de ellas, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea fidedigna y confiable.

No hace falta su identificación personal en el instrumento, solo es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y la colaboración que pueda brindar para llevar a cabo la presente recolección de información que se emprende.

1. Que edad tiene ud. actualmente: _____
 2. Marque con una X el sexo al que pertenece
Masculino () Femenino ()
 3. Indique su estado civil:
 1. Soltero ()
 2. Casado ()
 3. Viudo ()
 4. Divorciado ()
 5. Unión libre ()
 4. Indique su escolaridad terminada:
 1. Ninguna (analfabetismo) ()
 2. Primaria sin terminar ()
 3. Primaria terminada ()
 4. Secundaria sin terminar ()
 5. Bachiller
 6. Universitaria terminada ()
 7. Posgrado terminado ()
 5. Indique cuántas personas viven en su domicilio:
-

6. Cuantos de ellos perciben algún tipo de ingreso económico:

7. Puede indicar ud. el ingreso económico total de cada uno de ellos

8. Indique si presenta o toma medicación para alguna de estas enfermedades:

1. Presión arterial alta ()
2. Azúcar en la sangre ()
3. Obesidad ()
4. Enfermedad de los pulmones de mucho tiempo: ()
5. Enfermedad renal ()
6. Colesterol y triglicéridos altos ()
7. Otras enfermedades ()

Indique cuál o cuáles: _____

Ninguna ()

ANEXO 3

Anexo 3. Evaluación de Funcionalidad Familiar

A continuación, les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia					

tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Puntaje:

Familia:

Promedio:

Fecha de elaboración:

ANEXO 4

Anexo 4: Evaluación de calidad de vida

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar

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

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

	Nada	Un poco	moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4 0	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

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

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

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

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

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5

5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

1 3	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
1 4	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
1 5	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

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

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1 6	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
1 8	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
1 9	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5

20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

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

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

	desesperanza, ansiedad, o depresión?					
--	--	--	--	--	--	--

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

ANEXO 5

Anexo 5: Escala de Satisfacción con la Vida de Emmons, Larsen, y Griffin

A continuación, se presentan algunas oraciones con las que puede estar de acuerdo o en desacuerdo, usando las opciones de respuestas de 1-7 mostradas abajo, indique su acuerdo con cada oración colocando el valor correspondiente en la línea anterior a la pregunta.

Por favor sea lo más honesto/a y abierto/a en su respuesta:

- 1 = Muy en desacuerdo
- 2 = Desacuerdo
- 3 = Poco en desacuerdo
- 4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5 = Poco de acuerdo
- 6 = De acuerdo
- 7 = Muy de acuerdo

_____ De muchas maneras mi vida es muy cercana a mi ideal.

_____ Las condiciones de mi vida son excelentes.

_____ Estoy satisfecho con mi vida.

_____ Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.

_____ Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Nieto Blacio Claudia Daniela**, con C.C: # **0704480250** autor/a del trabajo de titulación: **Factores biopsicosociales y familiares asociados a la calidad de vida en adultos mayores de dos consultorios de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021** previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **(día)** de **(mes)** de **(año)**

f. _____

Nombre: **Nieto Blacio Claudia Daniela**

C.C: **0704480250**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Factores biopsicosociales y familiares asociados a la calidad de vida en adultos mayores de dos consultorios de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Pascuales. Año 2021		
AUTOR(ES)	Claudia Daniela Nieto Blacio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra: Sanny Aranda Canosa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de Noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	86
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátría, Bioestadística		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	anciano, calidad de vida, familiares		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: La población anciana es un grupo vulnerable, mucho más en una sociedad envejecida y donde el bienestar y la atención integral es limitada, carente de programas efectivos que satisfagan las necesidades de los adultos mayores, todas estas circunstancias afectan la calidad de vida, conllevando a un severo estado de fragilidad y generando como consecuencia deterioro en su salud. La presente investigación se realizó con el objetivo de <i>asociar factores biopsicosociales y familiares con la calidad de vida de los adultos mayores en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria</i>. Métodos: Se realizó un estudio relacional, observacional, prospectivo, de corte transversal con aquellos que firmaron el consentimiento informado. En la población de estudio predominó el sexo masculino, el grupo de edad entre 65 y 69 años, el estado civil casado y el nivel de instrucción primaria terminada. Resultados: El factor económico predominante fue el nivel bajo, de acuerdo a las comorbilidades prevalecieron los adultos hipertensos, referente a la satisfacción con su propia vida predominó poco satisfecho. El funcionamiento familiar que predominó fueron las familias disfuncionales. La calidad de vida predominante fue regular. Conclusiones: En esta investigación las variables sexo, edad, estado civil, funcionalidad familiar, e hipertensión arterial se asociaron con la calidad de vida de los adultos mayores. El ingreso económico, escolaridad y el resto de comorbilidades no demostraron una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-985211959	E-mail: daryela10@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar varas		
	Teléfono: +593-4-3804600- ext: 1830 - 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			