



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina

**Impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida de
adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles,
en el Centro de Salud “Carlos Elizalde”, año 2018**

**Proyecto de investigación previo
la obtención de título de Médico**

Autores:

Henry Balboa Chimborazo.

C.I: 0302601208

Christian Ricardo Ortiz Villa

C.I: 0106903289.

Director:

Dr. Boris Santiago Castro Reyes.

CI: 0104157896

Cuenca - Ecuador

14 Mayo 2019

RESUMEN

Antecedentes: las redes de apoyo social al adulto mayor con enfermedades crónicas, proveen de beneficios y retribuciones que se manifiestan con el de intercambio de relaciones, servicios, productos, amparo y oportunidad para mantener su calidad de vida.

Objetivo general: describir el impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida del adulto mayor, con enfermedades crónicas no transmisibles, en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la ciudad de Cuenca.

Metodología: estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal. Participaron 276 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron tabulados y analizados con SPSS versión 19.0. Para las variables cualitativas se aplicó media y desviación estándar y en las cualitativas frecuencias y porcentajes.

Resultados: el 31.9% de encuestados tuvieron edades de entre 65 a 69 años, un 66.3% fueron mujeres, casadas en un 51.4%, residentes en áreas urbanas con el 74.3%, de instrucción primaria en el 66.7%. La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica no transmisible con un 63,4%. Respecto al nivel de valoración socio-familiar el 44.9% fue encasillado en un buen nivel, el 37% en un rango intermedio y un 18.1% de adultos mayores fueron categorizados en deterioro social. El 35.9% tuvo soporte social pero fue insuficiente y un 4.3% no tenía soporte social.

Conclusiones: las redes de apoyo social a adultos mayores aunque existían fueron insuficientes, además hubo personas con un gran deterioro social y por ende su calidad de vida.

Palabras clave: Apoyo social. Calidad de vida. Adulto mayor. Enfermedades crónicas no trasmisibles.

ABSTRACT

Background: social support networks for the elderly with chronic diseases, provide benefits and rewards that are manifested through the exchange of relationships, services, products, shelter and opportunity to maintain their quality of life.

General objective: to describe the impact of social support networks on the quality of life of the elderly, with chronic noncommunicable diseases, at the "Carlos Elizalde" Health Center in Cuenca.

Methodology: observational, descriptive, prospective, cross-sectional study. Participants were 276 older adults who met the inclusion criteria. The data was tabulated and analyzed with SPSS version 19.0. For the qualitative variables, mean and standard deviation were applied and in the qualitative frequencies and percentages.

Results: 31.9% of respondents were between 65 and 69 years old, 66.3% were women, married at 51.4%, residents in urban areas with 74.3%, primary education at 66.7%. Hypertension was the chronic noncommunicable disease with 63.4%. Regarding the level of socio-family valuation, 44.9% were classified in a good level, 37% in an intermediate range and 18.1% of older adults were categorized as socially impaired. 35.9% had social support but it was insufficient and 4.3% did not have social support.

Conclusions: social support networks for older adults, although they existed, were insufficient, in addition there were people with a great social deterioration and therefore their quality of life.

Keywords: Social support. Quality of life. Elderly. Non-transferable diseases.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
1.1. INTRODUCCION.....	16
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	19
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES	21
2.2. BASES TEÓRICAS	25
2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles.....	25
2.2.2. Redes de apoyo social en el adulto mayor	26
2.2.3. Tipología de las redes de apoyo social	28
2.2.4. Redes de apoyo social en el adulto mayor y enfermedades crónicas no transmisibles	30
2.2.5. Redes de apoyo social y calidad de vida en el adulto mayor	31
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	34
3.1 OBJETIVO GENERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4. DISEÑO METODOLÓGICO	35
4.1. Diseño general del estudio.....	35
4.2. Criterios de Inclusión y exclusión.....	36
4.3. Variables	36
4.4. Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	36
4.5. Procedimiento para la recolección de datos	37
4.6. Plan de tabulación y análisis de la información	37
4.7. Aspectos éticos.....	37
5. RESULTADOS.....	39
5.1. Caracterización sociodemográfica de la población de estudio	39
5.2. Frecuencia de enfermedades crónicas no trasmisibles	40
5.3. Nivel de valoración socio-familiar	41
5.4. Calidad de vida y redes de apoyo social	43
6. DISCUSIÓN.....	45
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES	49
7.1. CONCLUSIONES.....	49
7.2. RECOMENDACIONES.....	50
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51



9. ANEXOS	54
ANEXO 1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	56
ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN	57
ANEXO 3. SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	58
ANEXO 4. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DEL MANEJO DE INFORMACIÓN	60
ANEXO 5: SOLICITUD PARA APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN	61



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Henry Balboa Chimborazo, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida de adultos mayores, con enfermedades crónicas no transmisibles, en el Centro De Salud “Carlos Elizalde, año 2018”** de conformidad con el ART. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

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

Cuenca, 14 mayo del 2019

Henry Balboa Chimborazo

C.I: 0302601208



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Henry Balboa Chimborazo, en calidad de autor del proyecto de investigación **"Impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida de adultos mayores, con enfermedades crónicas no transmisibles, en el Centro De Salud "Carlos Elizalde, año 2018"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 14 mayo del 2019

Henry Balboa Chimborazo

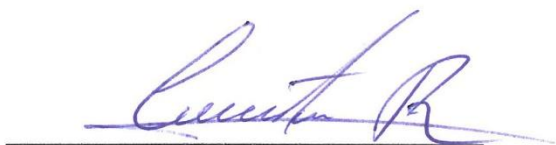
C.I: 0302601208

CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Christian Ortiz Villa, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida de adultos mayores, con enfermedades crónicas no transmisibles, en el Centro De Salud “Carlos Elizalde, año 2018”** de conformidad con el ART. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

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

Cuenca, 14 mayo del 2019



Christian Ortiz Villa

C.I: 0106903289

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Christian Ortiz Villa, en calidad de autor del proyecto de investigación **“Impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida de adultos mayores, con enfermedades crónicas no transmisibles, en el Centro De Salud “Carlos Elizalde, año 2018”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 14 mayo del 2019



Christian Ortiz Villa

C.I:0106903289

DEDICATORIA

A Dios, quien es la mayor fuente de mi inspiración, por permitirme estar presente un día más y disfrutar lo maravillosos de su creación, por ser mi fortaleza al desmayar y por darme un espíritu de amor, poder y dominio propio, por ser mi más grande guía.

A mis padres, Anita y Manuel por luchar cada día para yo que pueda seguir adelante y subir un escalón más, a mi madre por enseñarme el significado del amor y brindarme el suyo, por enseñarme un hombre sensato y un hombre de Dios, a mi padre a quien admiro y de quien he aprendido a ser un hombre con coraje, decisión y sobretodo valor, con ustedes he aprendido las mayores lecciones de vida.

A mi abuelita Antonia, quien a pesar de no entender muchas de las situaciones, circunstancias; ha estado presente siempre, va dedicado especialmente para ti mi querida, por el cariño, la confianza y el amor genuino que me has brindado desde mi niñez hasta el día de hoy, has sido tu uno los motivos más grandes para llegar hasta aquí.

A mi familia, porque siento tanto orgullo y gratitud por ser parte de ustedes.

Con cariño a todos, Henry

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por su bondad y permitirme disfrutar de la vida.

Gracias a mi alma mater; la Universidad de Cuenca por mi casa y el sitio su muchas batallas, gracias también a cada uno de los docentes que han sido nuestra guía en el transcurso de estos años, gracias a mi familia que son la base de mi fortaleza que han formado parte de este proceso, pero sobre todo gracias a mis padres Anita y Manuel que se han esforzado en forjarme como un hombre de bien, porque son ustedes los que me han dado las mayores enseñanzas y lecciones de vida.

Y finalmente agradecer al doctor Boris Castro nuestro director de tesis quien nos ha apoyado y dirigido para que podemos concluir exitosamente es este proyecto de investigación.

Gracia a todos por su apoyo, Henry.

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación lo dedicó a Dios por ser esa luz que me ha iluminado durante todo este proceso de preparación y luego con mucho cariño a mis padres por brindarme todo su apoyo para poder superarme y alcanzar la meta que me propuse y ser útil a la sociedad.

Christian Ortiz

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
1.1. INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.3 JUSTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
2.1. ANTECEDENTES	¡Error! Marcador no definido.
2.2. BASES TEÓRICAS	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2. Redes de apoyo social en el adulto mayor	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3. Tipología de las redes de apoyo social.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4. Redes de apoyo social en el adulto mayor y Enfermedades Crónicas no transmisibles.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5. Redes de apoyo social y calidad de vida en el adulto mayor	¡Error! Marcador no definido.
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1 OBJETIVO GENERAL	¡Error! Marcador no definido.
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	¡Error! Marcador no definido.
4. DISEÑO METODOLÓGICO	¡Error! Marcador no definido.
4.1. Diseño general del estudio.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2. Criterios de Inclusión y exclusión	¡Error! Marcador no definido.
4.3. Variables	¡Error! Marcador no definido.
4.4. Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de datos ...	¡Error! Marcador no definido.
4.5. Procedimiento para la recolección de datos.....	¡Error! Marcador no definido.
4.6. Plan de tabulación y análisis de la información.....	¡Error! Marcador no definido.
4.7. Aspectos éticos	¡Error! Marcador no definido.

5. RESULTADOS.....	¡Error! Marcador no definido.
5.1. Caracterización sociodemográfica de la población de estudio.....	¡Error! Marcador no definido.
5.2. Frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles	¡Error! Marcador no definido.
5.3. Nivel de valoración socio-familiar	¡Error! Marcador no definido.
5.4. Calidad de vida y redes de apoyo social.....	¡Error! Marcador no definido.
6. DISCUSIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
7.1. CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
7.2. RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.
9. ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN ..	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 3. SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 4. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DEL MANEJO DE INFORMACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 5: SOLICITUD PARA APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN	¡Error! Marcador no definido.



1.1. INTRODUCCION

Las redes de apoyo social (RAS), definidas como: “un conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y que le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, evitando de esta manera el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflicto” (1).

Las RAS pueden ser catalogadas como: formales o de participación, en función de las entidades privadas o gubernamentales a las que corresponda, además de aquellas instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado; por su parte, las informales pueden ser primarias o familiares y las secundarias constituidas por vecinos y amigos (2).

No obstante, independientemente de la tipología de las RAS, estas les permiten a los adultos mayores, no solo mejorar su calidad de vida, sino además les proveen la incorporación en la gestión colectiva, el protagonismo, la construcción de la sociedad civil, la realización individual y mecanismos para el desarrollo humano (2).

En esta línea las RAS, son un formidable recurso para que las personas optimicen su estado de salud y bienestar, así como resultan ser un importante factor restaurador cuando su salud está comprometida como consecuencia del fenómeno del envejecimiento, cobrando particular importancia en la población de adultos mayores, en la que el individuo necesita ser reconocido como ser humano, útil y productivo (2).

Por lo expuesto, la finalidad del planteamiento de la presente investigación fue responder a una duda razonable en relación de las redes de apoyo social y la calidad de vida en los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles, debido a que al ser una población vulnerable nos propusimos mostrar información local y actualizada respecto a la problemática planteada.

El presente informe se desarrolla en un primer momento con una exposición sobre el problema planteado donde se describirán algunos datos relevantes

sobre las RAS y la calidad de vida; en la justificación se argumentará la relevancia del presente trabajo; posteriormente en el fundamento teórico se expondrán bases teóricas respecto a la problemática; finalmente se mostrará la metodología y los resultados, para terminar con la discusión, las conclusiones y recomendaciones planteadas por los investigadores.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad a nivel mundial, las diferentes sociedades han iniciado un rápido proceso de envejecimiento, es así que poblaciones como las europeas, en la actualidad están muy envejecidas, por ejemplo en el Reino Unido, donde el porcentaje de personas que tiene más de 65 años, tardó alrededor de 45 años en duplicarse (del 7% al 14%), mientras que en Latinoamérica en países como: Chile se espera que este cambio se produzca en un período de alrededor de 25 años, y de 20 en Brasil y Colombia (3).

Por su parte, en Ecuador se proyecta que para el 2030, habrá un aumento en la expectativa de vida a 80.5 años, en comparación con el 2001 donde según el censo Instituto Nacional de Censos y Encuestas (INEC), la expectativa de vida promedio fue de 70 años y para el 2010 en referencia a los datos obtenidos de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento realizado por esta misma institución, el promedio de vida subió a 75 años, con un total de adultos mayores de alrededor de 1.192.475 (4) (5).

Concretamente, en la provincia del Azuay, según los datos del INEC para el 2001, la población mayor de 65 años fue del 7.6%, y para el 2010 este grupo etario se incrementó a un 8.51% siendo Azuay, la provincia con mayor esperanza de vida con 75 años, seguida de Loja con 76.6 años (6).

En esta línea de ideas, resulta claro que como resultado final la magnitud y rapidez del proceso del envejecimiento, se instauran patologías crónicas en esta población vulnerable; siendo en la actualidad las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial por diversas razones: el gran número de pacientes afectados con sus concebidas tasas de incidencia cada vez más crecientes,

su gradual contribución a la mortalidad general, porque representan la causa más frecuente de discapacidad, por el costo elevado de la hospitalización, el de su tratamiento médico y su posterior rehabilitación.

Según la descripción de la literatura biomédica, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) debutan durante la adultez, aunque claramente no se asocian únicamente a la edad sino también otros factores como: el estilo de vida (dieta, tabaquismo, actividad física) y factores externos tradicionalmente asociados con ECNT en la vida post-natal, y también a aquellos relacionados con la gestación, los cuales pueden producir cambios metabólicos que elevarían la probabilidad de presentar ECNT en la edad adulta. De cualquier forma la sola presencia del ECNT en los pacientes ancianos, genera problemas trascendentales en su calidad de vida, gestando situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia (7).

En el Ecuador, en los últimos años se han desarrollado e impulsado propuestas encaminadas a realizar acciones integrales que contribuyan a revalorizar el rol de los adultos mayores en la sociedad, así lo estipula la Constitución del Ecuador en lo referente al Buen Vivir (6).

En este sentido las redes apoyo social (RAS) son fundamentales, pues se posicionan como un elemento a través del cual el individuo mantiene su identidad social, apoyo médico, soporte emocional, ayuda material, servicios e información, entre otras (8).

La existencia de las RAS en los adultos mayores permite la integración social de las personas y evita el aislamiento; por lo que las investigaciones llevadas a cabo en diversas zonas del mundo subrayan los efectos positivos de la integración social, expresada a través de los apoyos sociales y del desempeño de roles significativos en la sociedad, en la calidad de vida (1).

Por los argumentos expuestos, y en razón de no contar con estudios que hagan referencia tema planteado en la población de adultos mayores con ECNT, realizamos la presente investigación, como un aporte local de información al respecto.

Nos planteamos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida de los adultos mayores, con enfermedades crónicas no transmisibles, en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la parroquia Yanuncay durante el periodo diciembre 2018 a enero-febrero del 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Nuestro estudio se encuentra anclado a las prioridades de investigación en salud del Ministerio de Salud Pública 2013-2017, en el área de sistema nacional de salud, línea de atención primaria, sublínea de recursos en atención primaria de salud y atención a la comunidad.

Además hemos justificado su realización en base a varios enfoques:

- Académico: la información expuesta en el presente informe investigativo sobre redes de apoyo social en el adulto mayor, brindará un valioso aporte bibliográfico de consulta que estará al alcance personas interesadas en ahondar en la problemática planteada a través de las plataformas virtuales de la Universidad de Cuenca; además de que servirá como sustento para futuras investigaciones en este campo.
- Social: la población de adultos mayores, es sin duda un grupo vulnerable, y los problemas que se susciten en estas personas afectan no solo a las familias de estos pacientes, sino además a su entorno social, por ello es de suma trascendencia contar con datos epidemiológicos locales actualizados en torno a la problemática planteada, ya que en base a estos se podrían sustentar para plantear estrategias que apoyen a estas personas, así como a su entorno.
- Institucional: la investigación servirá para sensibilizar al personal de salud del sobre la situación social y/o familiar y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Yanuncay, con la visión de que en un futuro se pueda trabajar mancomunadamente en la búsqueda de soluciones y formas de prevenir que un adulto mayor quede excluido de la sociedad.

Los principales beneficiarios de esta investigación serán los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Yanuncay, pues la información obtenida será puesta en consideración de las autoridades pertinentes, para que en función de la misma se establezcan de ser el caso, las medidas necesarias para mejorar la calidad de vida y salud en los pacientes de dicha institución.

Finalmente, se planea realizar una publicación de nuestro estudio en una revista indexada de carácter nacional y/o internacional de impacto.

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

En la revisión de la literatura nacional e internacional, luego de una exhaustiva búsqueda bibliográfica, hemos podido corroborar que existe evidencia muy limitada acerca de las redes de apoyo social (RAS) en relación a la calidad de vida en los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), no obstante, a continuación exponemos estudios relevantes respecto a la problemática planteada:

González, et al., en el 2016, en Cuba, en su estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, quienes incluyeron un total de 348 adultos mayores con ECNT que recibían apoyo social, concluyeron que en cuanto a la distribución por edad la mayoría de participantes se ubicaron en edades mayores a 75 años con el 30,7%, en cuanto al sexo predominaron las mujeres con un 55,2%; de acuerdo a la distribución de la ECNT prevaleció la hipertensión arterial (HTA) con el 63.8%, seguido de diabetes mellitus tipo II (DMT2) y la cardiopatía isquémica (CI), con el 18.1% y 14.% respectivamente (9).

Polizz, et al., en el año 2014, en Argentina, en su investigación descriptiva-correlacional sobre los vínculos que brindar mayor satisfacción en la red de apoyo social a los adultos mayores; donde trabajaron con una muestra no probabilística-intencional de 120 adultos mayores con un rango de edad de entre 60 a 85 años evidenciaron que: el promedio de edad fue de 73,75 años (desviación estándar $\pm 5,26$); en relación con el estado civil el 40.8% refirieron estar casados, y con la misma frecuencias del 40.8% tuvieron nivel de instrucción secundaria y en cuanto a ocupación el 92.5% estaban jubilados. Respecto a las redes de apoyo social, el 33.3% vivían en pareja, el mismo porcentaje con su familia (hijos, hermanos, padre y/o madre) y con el mismo 33.3% solos. Por su parte las enfermedades predominantes en los adultos mayores de esta comunidad fueron: las cardiovasculares, específicamente la hipertensión arterial con el 44%, el 31% padecían de enfermedades de tipo metabólicas (diabetes mellitus tipo 1 y 2, obesidad y dislipidemias), respiratorias como la EPOC y osteoarticulares como la artritis y osteoporosis; un 25% presentaban poli

patologías como: hipertensión arterial y diabetes o hipertensión arterial y enfermedades osteoarticulares y/o neurológicas, etc (10).

Villareal et al., 2016. Colombia, en su estudio descriptivo correlacional, de corte transversal y de contactos múltiples, donde investigaron la condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de este país, incluyeron un total de 275 personas, para la recolección de la información se empleó la escala de valoración socio-familiar de Gijón; concluyendo que: el 61% de los adultos mayores eran del sexo femenino, con edades entre 65 y 74 años y en su gran mayoría son viudas con el 38,5%, en cuanto a instrucción el 60.4% no tiene escolaridad y el 71.5% se dedicaban a labores en el hogar. En cuanto a las enfermedades crónicas diagnosticadas más frecuentes en la muestra de estudio fueron: hipertensión arterial en el 75,2%, cardiopatías isquémicas 70,5%, osteoarticulares en un 68,3% y enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el 60,7%. Respecto a la situación familiar los autores de este estudio evidenciaron que: el 32.4% de adultos mayores viven con familiares y sin conflicto y un 25% con el cónyuge de similar edad; sin embargo, el 8% se encuentra en situación de abandono familiar. Finalmente, de acuerdo a la escala de valoración de Gijón, el 40.4% de los participantes presentó un riesgo social, el 27.3% tiene problema sociales y solo el 32,3% tuvo una valoración social y familiar buena y/o aceptable (11).

Mientras en Valera et al., 2015. Perú. Realizó un estudio denominado: Perfil clínico, funcional y socio-familiar del adulto mayor con enfermedad crónicas no transmisible con apoyo social. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo de corte transversal de una muestra de 501 personas mayores de 60 años, con el objetivo analizar el riesgo social del adulto mayor que recibe soporte social de una RAS; encontrando que la media la edad fue de 71,5 años \pm 8,9 años y el rango de edad fue de 60 a 99 años, el 47,7% tenían entre 60 a 69 años; según sexo el 62% fueron mujeres, el 7% no tenían instrucción escolar y el 19,6% eran solteros o viudos; con relación a la presencia de enfermedades crónicas, la más frecuente fue hipertensión arterial en un 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas en 36,9% y dislipidemias en 23,8%. Respecto a la condición socio-familiar 50,9% tuvieron riesgo social, 7,6% problema social, mientras que el

41,5% no presentaban riesgo social. Al analizar la autopercepción de salud con relación a al apoyo recibido por las RAS, se evidenció que el 61% de los adultos mayores catalogaron su salud como regular; 16% como mala y muy mala, 23 % como buena y muy buena (12).

Sepúlveda et al., en el año 2013, en Chile, en su investigación sobre el perfil socio-familiar en adultos mayores con enfermedades crónicas institucionalizados, que incluyó una muestra de 80 personas, determinaron que: el promedio de edad fue de 78,1 años (desviación estándar $\pm 9,3$ años), el 55,0% eran varones, y un 11,2% no tenía instrucción, el 32,5% era soltero. Al analizar las relaciones sociales se mostró que los adultos mayores en un 63,5 % frecuentan y mantienen contacto con otras personas (menos una vez por semana), y un 23.3% de las personas que conoce y los visita más una vez por semana; y un 13,2% casi nunca recibe visitas ni tampoco realiza actividades físicas, lúdicas o laborales. (jardinería, mandados, paseos, juegos de azar, etc.) (13).

Zapata et al., 2015. Colombia, en su investigación de orden transversal, analizaron el apoyo social recibido por los 239 adultos mayores con enfermedades crónicas concluyeron que: la mayoría de encuestados fueron principalmente mujeres con un 59,8 %; el promedio de edad fue de 71 año, donde según la distribución porcentual por grupos de edad fue mayor con el 66,9% para los adultos mayores tenían de 60 a 74 años; con relación al estado civil el 47,3 % de los adultos mayores estaban casados, el nivel educativo predominante en esta población fue la primaria con un 69,5 %. En lo que respecta a redes de apoyo social un 52.1% recibió apoyo de su pareja, el 35.4% de los hijos, un 8,9 % vivían solas, mientras que la convivencia con otras personas fuera del círculo familiar inmediato (hermanos, nietos, amigo, etc.) fue de 3,6 %. La satisfacción con el apoyo familiar referida por los adultos mayores encuestados indicó que el mayor porcentaje se encontraba satisfecho con el apoyo que recibía de su familia (78,1 % en hombres y 68,5 % en mujeres). El apoyo de otras personas del ámbito social, un alto porcentaje de personas opinaron que se sentían satisfechos con el apoyo que reciben de sus amigos (78,1 % en hombres y 61,5 % en mujeres) (14).

Rivera et al., en Cuba, año 2017, en su estudio donde valoró un programa comunitario para el adulto mayor, concluyó que la evaluación general del programa (estructura, proceso y resultados) se consideró inadecuada, debido a que de un total de 40 criterios, solo 65 % resultaron adecuados, cifra muy inferior al estándar establecido; por su parte, la satisfacción de los ancianos respecto a dicho programa, sobre los criterios relacionados con la visita del binomio médico enfermera en su atención en salud fue del 77% lo cual se ubicó por debajo del estándar (90%). Los autores concluyen que es necesario realizar una intervención en las deficiencias encontradas en el estudio, sobre todo en niveles de competencia e insatisfacción de los profesionales de la salud que trabajaron con los adultos mayores, razón por la cual se evidenciaron insuficiencias en el proceso y los resultados (15).

Cerquera et al., 2017. Colombia, en su estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal, donde buscaron analizar el apoyo social percibido y dependencia de las redes de apoyo en el adulto mayor, donde participaron 200 personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas, encontrando que: el 69% de encuestados fueron mujeres, con edades comprendidas en su mayoría 58,5 % entre los 65 a 75 años, 41,0 % casados y con un 43 % con un nivel de escolaridad sin finalización de la básica primaria. Un 76,5 % de la población presentó dependencia escasa (requirió apoyo mínimo de la RAS), frente a un porcentaje de 16,0 % que tuvo dependencia moderada (requirió continuar recibiendo apoyo de la RAS), mientras un 7,5 % fue totalmente dependiente (requirió apoyo permanente de la RAS) (16).

Por su parte Campos y colaboradores, en el año 2016, en Perú, en su investigación observacional, descriptivo y transversal, sobre la situación socio-familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor, donde se incluyeron 301 personas, concluyeron que el 79,4% de los adultos mayores que acuden a la red de apoyo social son independientes, es decir si realizan las actividades básicas de la vida sin depender de alguien, 10% son dependientes parciales y 10,6% son dependientes totales; sugiriendo que el adulto mayor con dependencia funcional total requieren apoyo de RAS formales, mientras en los otros casos requieren apoyo de una RAS informales (17).

Mamani et al., 2014, en Perú, en su estudio descriptivo, de cohorte transversal, sobre la percepción del proceso de envejecimiento, apoyo social y la calidad de vida en adultos mayores en la microred de apoyo, concluyeron que el 15.1 % que contaba con un apoyo social mínimo presentan un peor estado de salud, el 29.1% de los que tuvieron un apoyo social medio evidenciaron un regular estado de salud y el 8.1% con apoyo social máximo contaron con un mejor estado de salud; de esta manera los autores enfatizaron que hay una relación directa entre el apoyo social con la calidad de vida de los adultos mayores, a mayor apoyo social mejor calidad de vida (18).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son patologías de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven espontáneamente y que rara vez logran una curación total. Se estima que son responsables del 63% de las muertes a nivel mundial y un equivalente a 36 millones de muertes por anualmente (19).

Las ECNT son afecciones que no se adquieren por el contacto con animales o con otras personas; más bien resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales; pudiendo ser estos últimos hábitos de vida modificables (20) (21).

Según la revisión de la literatura, destacan cuatro grupos de enfermedades que son catalogadas como ECNT y son (20):

- Las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, valvulopatías, miocardiopatías, etc).
- Las enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma).
- La Diabetes Mellitus tipo II.
- El cáncer.

Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo como: tabaquismo, malos hábitos dietéticos, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol. Estos factores para fines prácticos también se distingue en dos categorías (21):

- Factores de riesgo comportamentales modificables: como el consumo de tabaco o la exposición al humo, la ingesta excesiva de sodio/ (sodio mayor a 2 g/día o sal 5 g/ día), el consumo de alcohol, la actividad física insuficiente (actividad física recomendada mínima de 30 minutos diarios o 150 minuto a la semana).
- Factores de riesgo metabólicos: el aumento de la tensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia.

Las consecuencias humanas, sociales y económicas de las ECNT se dejan sentir en todos los países, pero son particularmente devastadoras en las poblaciones pobres y vulnerables (21).

2.2.2. Redes de apoyo social en el adulto mayor

La evolución de la vida pasa por una serie de fases interrelacionadas entre sí, donde los acontecimientos y experiencias de cada una de estas fases están influidas por aquellas desarrolladas con anterioridad (22).

El individuo estigmatizado por la imagen recibida y/o proyectada por los demás se comportará conforme a una definición social; por lo que el estereotipo social que presenta a las personas mayores y los etiqueta como personas deficientes e incompetentes, hacen que los adultos mayores aprenden, interiorizan y aceptan ese modelo y etiqueta negativa (22).

La existencia de lazos sociales en los adultos mayores frecuentemente se identifica con la necesidad de ayuda y con la existencia de apoyo social; cuanto mayor es el contacto interpersonal, mayor es el grado de apoyo. Por ello, en el cuidado multidisciplinario de los adultos mayores, debería primar los sentimientos de ser cuidado, amado, respetado, valorado, estimado y que se es

miembro de una red social de obligaciones mutuas; fortaleciendo de esta manera su autoestima, evitando los sentimientos de soledad, aislamiento, de carga para los demás (22).

En lo que respecta a las definiciones planteadas sobre las redes de apoyo social (RAS) son múltiples los conceptos contemplados en la bibliografía consultada, por ello consideramos que resulta tedioso y redundante reseñarlas a todas. Sin embargo, no hemos basado desde un punto de vista más pragmático, en dos corrientes con respecto a su uso: una es la anglosajona y la otra, la latinoamericana, sobresaliendo en ésta los trabajos realizados en México por Lomnitz et al y Argentina por Dabas y colaboradores (23).

En la tradición anglosajona, Lopata (1975) definía la RAS como: “un sistema de apoyo primario integrado para dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y el proveedor como importantes”. Cobb (1976), citado en Chappell (1992), concebía la RAS como: “la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional y de información”. Walker y otros (1977) definieron las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información” (24).

En la década de los 90 se considera las RAS como “una serie de círculos internos y externos, concéntricos en donde la familia nuclear constituye el círculo más pequeño, los familiares y los amigos, y tal vez los compañeros de trabajo y otras personas el círculo exterior” (23); años más tarde Ponce y cols. (2009) mencionaron al apoyo de las RAS como “un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad” (24).

En México, en su estudio clásico, Lomnitz concluye que “las redes de intercambio desarrolladas por los pobladores constituyen un mecanismo efectivo para suplir las necesidades que prevalece en la barriada”. Una posición interesante que ha sido la planteada por González de la Rocha (1999), quien argumenta que las RAS actúan en contextos específicos, en grupos sociales específicos, como se señala en la literatura anglosajona con perspectiva de género (24).

En Argentina en 1993, Elina Dabas hace un planteamiento valioso al referirse a la RAS como "red de interacción que debe partir de la comunidad" que aboga que el estudio de las RAS desde la perspectiva de la misma comunidad de manera que se pueda dar solución a demandas sociales específicas (24).

En síntesis, no existe un concepto único de las RAS, no obstante, para los efectos de este trabajo se entenderá como: "un conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto" (25).

2.2.3. Tipología de las redes de apoyo social

Existen diferentes formas de tipificar las redes de apoyo social (RAS), y para autores como Ham se menciona que las RAS se clasifican de la siguiente manera (24):

- Redes primarias

Son aquellas conformadas por la familia, los amigos y los vecinos. En esta red, es de vital importancia que las familias cuenten con la información para poder establecer buenas relaciones sociales entre todos sus miembros, sobre todo lo que a carácter inclusivo de los adultos mayores se refiere, ya que el entorno familiar resulta trascendental para satisfacer una gran variedad de necesidades basadas en varias esferas como (26):

- La socialización: entendiendo por ello a las relaciones interpersonales que se suscitan tanto entre los miembros de la familia, como las que éstos mantienen en el exterior.
- El cuidado: entendido como la protección que los miembros de la familia se brindan unos a otros.
- El afecto, es decir, las emociones y sentimientos que se generan por la relación y convivencia diaria de los miembros de la familia.

- De reproducción, referida a la capacidad de procreación que los padres de familia realizan para la formación y expansión de la misma.
 - De estatus económico, concebida como el establecimiento del patrimonio o de la economía que da el sustento financiero a la familia.
- Redes secundarias o extra familiares

Son todas aquellas formadas en el mundo externo a la familia, como: grupos recreativos, clubes de adultos mayores, organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio (26).

En los últimos años, han surgido y multiplicado numerosas organizaciones civiles y sociales, grupos formales e informales dedicados, entre otras cosas, a proporcionar servicios asistenciales a personas en situación de indigencia, abandono, limitación física y mental, soledad, maltrato y abuso, discriminación, así como al desarrollo de programas y proyectos mediante los cuales se transfieren intercambian diferentes apoyos (27).

Estas redes secundarias tienen algunas características como (26):

- Compañía social: se refiere a las relaciones de dos o más personas para llevar a cabo actividades cotidianas o solamente para realizar una actividad específica. Las relaciones que se establecen pueden ser entre compañeros de un mismo grupo, compañeros ocasionales, con los promotores de un programa, entre otros.
- Apoyo emocional: se da en una relación de amistad y/o confianza, hay comprensión, empatía por el otro, se sabe que se puede contar generalmente con el otro en cualquier circunstancia.
- Guía cognitiva y de consejos: educador, coordinador, amigo, maestro, vecino reconocido, con los que se platica compartiendo información personal o de la comunidad, y cuyas opiniones son valoradas significativamente.

- Regulación social: se entiende como el conjunto de normas o disposiciones, escritas u orales, aceptadas por el conjunto de participantes, mediante las cuales se fijan límites y establecen sanciones o recompensas.
 - Ayuda material y de servicios: que reciben de especialistas, que otorgan un servicio muy concreto y particular; se refiere también a la ayuda en bienes e instrumentos específicos que necesite la persona o grupo.
 - Acceso a nuevos contactos: vínculos que ayudan a establecer relaciones con nuevas personas y redes.
- Redes Institucionales o formales

Integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (federal, estatal, municipal) (26).

La red institucional la integran básicamente organismos públicos o privados (gubernamentales o no gubernamentales) dedicados a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información (26).

Las instituciones públicas o gubernamentales, han sido creadas para atender una diversidad de necesidades de los adultos mayores en situación de indigencia, abandono parcial, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza; es evidente que sin los apoyos proporcionados desde la red institucional las familias, los vecinos e incluso algunas organizaciones comunitarias, difícilmente podrían facilitar los diferentes servicios que esta red de apoyo proporciona (26).

Las fuentes formales de apoyo comprenden a una diversidad de organismos gubernamentales cuyos programas atienden necesidades en materia de salud, alimentación, recreación, cuidados, ayudas económicas y otra clase de servicios impulsados para procurar el bienestar de las ancianas y los ancianos, como: los hospitales, clínicas, centros, subcentros, dispensarios entre otros (27).

2.2.4. Redes de apoyo social en el adulto mayor y enfermedades crónicas no transmisibles

El impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en el adulto mayor se enfatiza dramáticamente por su situación de complejidad o pluripatología, donde por su estado de vulnerabilidad se visibilizan ciertas características del estado salud-enfermedad que pueden alterar de manera trascendental la calidad de vida de un paciente en esta etapa de su vida tales como: la presencia de varias ECNT a la vez, frecuentes visitas al hospital, sea por urgencias o consulta externa y/o ingresos de estancia media prolongada, polimedicación, disminución de la autonomía personal, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia, lo cual como es evidente desemboca en el uso elevado de recursos sanitarios, económicos y sociales, además de la activación de factores adicionales como el vivir solo, escaso apoyo familiar y social, secuelas de patología previa, etc (28).

La existencia de un enfermo crónico obliga a readaptarse al resto de miembros, incluso con cambios de roles y alteraciones en la dinámica y estructura de la familia (28).

Las RAS influyen de manera positiva en la salud subjetiva, siendo el apoyo social de la pareja y las personas más allegadas los que determinen que el paciente manifieste tener una mejor salud, además los datos han revelado los adultos mayores se sienten más apoyados por sus allegados obteniendo soporte emocional, instrumental e informativo; dando lugar no solo a un mejor seguimiento y monitoreo de las ECNT, sino también permitiendo que estas personas muestren un mejor rango de adherencia al tratamiento de dichas patologías (29).

2.2.5. Redes de apoyo social y calidad de vida en el adulto mayor

El sostenido incremento de la esperanza de vida ha llevado a preguntarse si el aumento de la edad va acompañado de un incremento en los años de vida saludable y por ende en la calidad de vida (24).

Este último término, se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (24).

Siendo considerado como un concepto complejo, cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil (30).

No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, lo que la persona valora sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia (30).

En un estudio realizado por Cano (2016) donde cita a Krzemien; sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuidad de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”, de modo que la percepción de calidad de vida tiene aún más importancia cuando se trata de un adulto mayor con el soporte social de las RAS (31).

De tal manera que a la calidad de vida debe entenderse como un proceso multifactorial, que tiene un carácter primario individual y subjetivo, y teniendo como resultante el estado de salud de cada individuo en particular (30).

En este sentido las RAS formales e informales desempeñan un papel fundamental, al considerar a la familia como la RAS informal más cercana del adulto mayor con ECNT, que realizan cambios que pueden ser estructurales (patrones rígidos de funcionamiento, modificación de roles familiares, aislamiento social), evolutivos (hay un momento de transición para adaptarse a las necesidades) y emocionales (la adaptación se apoya a veces en mecanismos de defensa que pueden convertirse en patológicos, como la sobreprotección o la conspiración del silencio) (27) (28).

Pero la calidad de vida tiene también un componente económico, pues la vida humana requiere de determinadas condiciones de orden social y económico, por ser esta fundamental para el desarrollo como seres humanos y poder satisfacer sus necesidades de tipo material; esto involucra que las RAS brinden apoyo económico en distintos grados implicación (30).



De igual modo las RAS formales juegan un papel esencial en la calidad de vida al ser un catalizador para reforzar la identidad como grupo y ofrecer apoyo social y emocional. En ellas se comparte el día a día, se informa, aconseja y asesora a sus miembros; se organizan momentos de encuentro de ayuda y sensibilización; se mantienen contactos y amplían las relaciones sociales (28).

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida del adulto mayor, con enfermedades crónicas no transmisibles, en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la ciudad de Cuenca.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio según: rangos de edad, sexo, instrucción, residencia y situación laboral.
- Determinar la frecuencia de enfermedades crónicas no trasmisibles en la población de estudio.
- Identificar el nivel de valoración socio-familiar según la escala de Gijón en las participantes de la investigación.
- Detallar las esferas de valoración socio-familiar según: situación familiar, relaciones-contactos sociales y apoyo de redes de apoyo social.
- Describir el impacto de las redes de apoyo social en la calidad de vida desde situación familiar y de relaciones y contactos sociales de los participantes de la investigación.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Diseño general del estudio

4.1.1. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

4.1.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la parroquia Yanuncay, ciudad de Cuenca, correspondiente a la Zona de Salud 6 del Ecuador.

4.1.3. Universo

Según registros del año 2017, se contaba con una población de 1016 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde.

4.1.4. Muestra

Para el cálculo de la muestra se tomó como referencia la población antes mencionada de 1016 personas, considerando una prevalencia hipotética del 50% de enfermedades crónicas no transmisibles, así como un nivel de confianza del 95% y un 5% de error, la muestra final quedó constituida por 276 pacientes.

4.1.5. Selección de la muestra

La recolección de la muestra se planteó para un periodo de 3 meses, en virtud de que según los datos entregados del año 2017, el promedio mensual de consultas de adultos mayores era de 85 personas.

4.1.6. Unidad de análisis y observación

Personas mayores de 65 años con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde durante el periodo de estudio.

4.2. Criterios de Inclusión y exclusión

4.2.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 65 años atendidos en el Área de Consulta Externa del Centro de Salud Carlos Elizalde durante el periodo diciembre del 2018 a enero y febrero del 2019 con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Firma del consentimiento informado.

4.2.2. Criterios de exclusión

- Formularios con datos incompletos.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos y discapacidad intelectual.

4.3. Variables

4.3.1. Operacionalización de variables (anexo 2)

4.4. Métodos técnicas e instrumentos para la recolección de datos

4.4.1. Método: observacional

4.4.2. Técnica: encuesta

4.4.3. Instrumento: el formulario de recolección de datos fue elaborado por los autores de la presente investigación, dicho instrumento tuvo 2 secciones: la primera que recogió información concerniente a datos sociodemográficos de los adultos mayores y la segunda incluyó el cuestionario de redes de apoyo social.

Para la valoración de redes de apoyo social se aplicó la Escala de Gijón, que fue validada por dicho autor en el año de 1999, y cuenta con un coeficiente de correlación intraclase (fiabilidad interobservador) fue de 0,957 y un coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna de 0,4467. El cuestionario evaluó tres dimensiones: la situación familiar, relaciones y contactos sociales, y apoyo de la red de apoyo social, con puntajes del 1 a 5 por cada ítem, y clasificó a los adultos mayores en buena situación social \leq a 7 puntos, situación social intermedia de 8-9 puntos y con deterioro social severo \geq 10 puntos. Lo cual indica que a mayor puntuación, peor situación social (32).

4.5. Procedimiento para la recolección de datos

Previo a la recolección de la información se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, del coordinador de la Zona de Salud 6 y del director Centro de Salud Carlos Elizalde.

Posteriormente en el Área de Consulta Externa durante la preparación del paciente previo su cita médica se identificó a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, luego de lo cual se explicaron los objetivos y el propósito del estudio, solicitándoles la firma del consentimiento informado como requisito para su participación; finalmente se realizó el llenado de las encuestas (anexo 1).

4.6. Plan de tabulación y análisis de la información

Los datos que se recolectaron mediante un formulario (anexo 1), fueron tabulados en el programa Microsoft Excel, para luego ser procesados mediante el programa SPSS v 15. La información fue presentada por medio de tablas personalizadas, en las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas se usó desviación estándar y media aritmética (DS).

4.7. Aspectos éticos

- Se contó con la autorización del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, así como del coordinador de la Zona de Salud de Salud 6 y del director del Centro de Salud Carlos Elizalde.
- Se guardó con absoluta confidencialidad en el manejo de la información, la cual fue utilizada únicamente para el presente estudio.
- Se solicitó la firma del consentimiento informado (anexo 3) a los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles, como requisito indispensable para su participación en la presente investigación.



- Los autores declaran que no existen conflictos de intereses con los participantes.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterización sociodemográfica de la población de estudio

Tabla 1. Distribución según características sociodemográficas 276 adultos mayores del Centro de Salud Carlos Elizalde. Año 2018 -2019.

		Recuento	Porcentaje
Edad*	65 a 69 años	88	31.9
	70 a 74 años	76	27.5
	75 a 79 años	44	15.9
	≥ 80 años	68	24.6
	Total	276	100
Sexo	Femenino	183	66.3
	Masculino	93	33.7
	Total	276	100
Estado Civil	Casado	142	51.4
	Soltero	31	11.2
	Divorciado	22	8
	Viudo	68	24.6
	Unión libre	13	4.7
	Total	276	100
Residencia	Rural	71	25.7
	Urbana	205	74.3
	Total	276	100
Instrucción	Analfabeto	58	21
	Primaria	184	66.7
	Secundaria	30	10.9
	Superior	4	1.4
	Total	276	100
Situación laboral	Trabaja	82	29.7
	No trabaja	126	45.7
	Pensionado/a	68	24.6
	Total	276	100

*Media: 73.7, desviación estándar \pm 6.68 años

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Henry Balboa Chimborazo y Christian Ortiz Villa

Participaron 276 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y en relación a las características sociodemográficas de la población de estudio encontramos que: el 31.9% se ubicaron en rangos de edad de entre 65 a 69 años, seguidos de personas de 70 a 74 años en un 27.5%, con una media de 73.7 años y una desviación estándar de \pm 6.68; en lo referente al sexo, el 66.3%

de participantes fueron mujeres; además, predominaron las personas casadas en un 51.4%, residentes en áreas urbanas con el 74.3%, de instrucción primaria en el 66.7% y finalmente el 45.7% refirió no trabajar dentro del contexto de su situación laboral (tabla 1).

5.2. Frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles

Tabla 2. Frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles de 276 adultos mayores del Centro de Salud Carlos Elizalde. Año 2018 -2019.

		Recuento	Porcentaje
Enfermedades crónicas no transmisibles	Diabetes Mellitus tipo 2	64	23.2
	Hipertensión arterial	175	63.4
	Enfermedad renal crónica	9	3.3
	Cardiopatías	5	1.8
	Otra	23	8.3
	Total	276	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Henry Balboa Chimborazo y Christian Ortiz Villa

Del conjunto de enfermedades crónicas no transmisibles, la hipertensión arterial representó un 63,4%, seguida de la diabetes mellitus tipo 2 en el 23,2%; no obstante, en menor frecuencia observamos: la enfermedad renal crónica, cardiopatías y otras patologías crónicas (Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y Alzheimer) (tabla 2).

5.3. Nivel de valoración socio-familiar

Tabla 3: Nivel de valoración socio-familiar según la escala de Gijón en de 276 adultos mayores del Centro de Salud Carlos Elizalde. Año 2018 -2019.

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de valoración socio-familiar	Buena	124	44.9
	Intermedia	102	37
	Deterioro social	50	18.1
	Total	276	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autores: Henry Balboa Chimborazo y Christian Ortiz Villa

En lo que respecta al nivel de valoración socio-familiar de los 276 participantes pudimos evidenciar que: el 44.9% fue encasillado en un buen nivel, el 37% en un rango intermedio, no obstante, es importante subrayar que el 18.1% de adultos mayores fueron categorizados en deterioro social.

5.3.1. Situación familiar

Tabla 4: Esfera de situación familiar según la escala de Gijón en de 276 adultos mayores del Centro de Salud Carlos Elizalde. Año 2018 -2019.

		f	%
Situación familiar	Vive con pareja y/o familia sin conflicto	141	51.1
	Vive con pareja de similar edad	80	29
	Vive con pareja y/o familia y/o otros pero no puede o no quieren atenderlo	26	9.4
	Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades	24	8.7
	Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia	5	1.8
	Total	276	10

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autores: Henry Balboa Chimborazo y Christian Ortiz Villa

En la tabla 4 se puede observar la situación familiar de los participantes de la investigación: el 55.1% de los encuestados indicó vivir con su pareja y/o familia sin conflicto, un 29% vivía con pareja de similar edad. No obstante, aunque en menor frecuencia un 9.4% de personas refirió que vivía con una pareja y/o familia que no pueden o no quieren atenderlo, el 8.7% vivían solos con familiares que no cubrían sus necesidades básicas y el 1.8% estaban desatendidos.

5.3.2. Relaciones y contactos sociales

Tabla 5: Esfera de relaciones y contactos sociales según la escala de Gijón en de 276 adultos mayores del Centro de Salud Carlos Elizalde. Año 2018 -2019.

		f	%
Relaciones y contactos sociales	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	41	14.9
	Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa	52	18.8
	Solo se relaciona con familia, sale de casa	135	48.9
	No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (mayor a 1 por semana)	46	16.7
	No sale del domicilio, ni recibe visitas (o menos de 1 por semana)	2	0.7
	Total	276	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Henry Balboa Chimborazo y Christian Ortiz Villa

En la esfera de relaciones y contactos sociales, el 48.9% de los adultos mayores encuestados indicó sale de su domicilio, pero solo se relaciona con su familia, el 18.8% se relacionaba además de su entorno familiar con vecinos u otros. En un 16.7% no salía de su domicilio, pero recibía a su familia y/o visitas y un 14.9% mantenía relaciones sociales fuera de su casa (tabla 5).

5.3.3. Redes de apoyo social.

Tabla 6: Redes de apoyo social en de 276 adultos mayores del Centro de Salud Carlos Elizalde. Año 2018 -2019.

		f	%
Apoyo a la red social	No necesita ningún apoyo	12	4.3
	Recibe apoyo de familia y/o vecinos	57	20.7
	Recibe apoyo social formal suficiente	98	35.5
	Tiene soporte social pero es insuficiente	99	35.9
	No tiene soporte social y lo necesita	10	3.6
	Total	276	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Henry Balboa Chimborazo y Christian Ortiz Villa

El 35.9% de adultos mayores encuestados tiene soporte social pero es insuficiente, un 35.5% recibe un apoyo social forma suficiente, el 20.7% recibe apoyo secundario de familia o sus vecinos; en menor frecuencia el 4.3% y 3.6% no necesitaba ningún apoyo y/o no tenía soporte social y necesitaba apoyo de una red de apoyo social formal, respectivamente (tabla 6).

5.4. Calidad de vida y redes de apoyo social

Tabla 7. Calidad de vida en las relaciones y contactos sociales y el apoyo a en la red social de 276 adultos mayores del Centro de Salud Carlos Elizalde. Año 2018 -2019.

Calidad de vida en la relaciones y contactos sociales		Apoyo a la red social											
		No necesita ningún apoyo		Recibe apoyo de familia y/o vecinos		Recibe apoyo social formal suficiente		Tiene soporte social pero es insuficiente		No tiene soporte social y lo necesita		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Relaciones y contactos sociales	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	6	2.2	12	4.3	17	6.2	5	1.8	1	0.4	41	14.9
	Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa	5	1.8	19	6.9	14	5.1	12	4.3	2	0.7	52	18.8
	Solo se relaciona con familia, sale de casa	0	0	25	9.1	55	19.9	51	18.5	4	1.4	135	48.9
	No sale de su domicilio, recibe familia o visitas	1	0.4	1	0.4	12	4.3	30	10.9	2	0.7	46	16.7
	No sale del domicilio, ni recibe visitas	0	0	0	0	0	0	1	0.4	1	0.4	2	0.7
Total		12	4.3	57	20.7	98	35.5	99	35.9	10	3.6	276	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Henry Balboa Chimborazo y Christian Ortiz Villa

En la tabla 7, podemos observar que aquellos pacientes que según su calidad y/o estilo de vida respecto a sus relaciones sociales que mantenían contactos fuera de su domicilio en un 6.2% recibió apoyo social forma suficiente y un 4.3% tuvo apoyo de la familia y/o vecinos. No obstante, es importante subrayar que aquellos adultos mayores que solo se relacionan con su familia tuvieron en un 19.9% de apoyo de red social, aunque el 18.5% no tuvo de manera suficiente. Finalmente, los pacientes que no salían de su domicilio presentaron un 10.9% de apoyo social insuficiente.

Tabla 8. Calidad de vida en situación familiar y el apoyo a en la red social de 276 adultos mayores del Centro de Salud Carlos Elizalde. Año 2018 -2019.

Calidad de vida en la situación familiar		Apoyo a la red social											
		No necesita ningún apoyo		Recibe apoyo de familia y/o vecinos		Recibe apoyo social formal suficiente		Tiene soporte social pero es insuficiente		No tiene soporte social y lo necesita		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Situación familiar	Vive con pareja y/o familia sin conflicto	8	2.9	36	13	57	20.7	35	12.7	5	1.8	141	51.1
	Vive con pareja de similar edad	4	1.4	12	4.3	34	12.3	29	10.5	1	0.4	80	29
	Vive con pareja y/o familia y/o otros pero no puede o no quieren atenderlo	0	0	7	2.5	4	1.4	13	4.7	2	0.7	26	9.4
	Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades	0	0	2	0.7	3	1.1	17	6.2	2	0.7	24	8.7
	Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia	0	0	0	0	0	0	5	1.8	0	0	5	1.8
Total		12	4.3	57	20.7	98	35.5	99	35.9	10	3.6	276	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Henry Balboa Chimborazo y Christian Ortiz Villa

En la tabla 8 podemos observar que el 20.7% de adultos mayores que refirieron vivir con su familia sin conflicto tenía acceso suficiente a una red de apoyo social, aunque el 12.7% fue insuficiente y el 13% recibió soporte de su familia y vecinos. Sin embargo, aquellas personas que viven solos y que no tienen apoyo familiar para cubrir sus necesidades básicas, prácticamente no tienen acceso a una red social de apoyo, y de aquellos que lo tienen con el 1.8% este es insuficiente.

6. DISCUSIÓN

En nuestra serie participaron 276 adultos mayores y según características sociodemográficas de la población de estudio encontramos que: el 31.9% se ubicaron en rangos de edad de entre 65 a 69 años, con una media de 73.7 años y una desviación estándar de ± 6.68 . Resultados similares a los concluidos por Polizz, et al., en el año 2014, en Argentina, en su investigación con 120 adultos mayores, donde el rango de edad fue de entre con 60 a 85 años, con promedio de 73,75 años (desviación estándar $\pm 5,26$) (10). Valera et al, 2015. Perú, en su investigación relacionada con el perfil clínico, funcional y socio-familiar del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles, encontró una media la edad fue de 71,5 años $\pm 8,9$ años y el grupo etario más frecuente fueron en un 47,7% las personas con entre 60 a 69 años (12).

No obstante, nuestros resultados que discrepan estudios de autores como: González, et al, en el 2016, en Cuba, quienes de un total de 348 adultos mayores con ECNT que recibían apoyo social, evidenciaron que la mayoría de participantes tuvieron edades mayores a 75 años con el 30,7% (9). Sepúlveda et al., en el año 2013, en Chile, en su investigación sobre el perfil socio-familiar en adultos mayores con enfermedades crónicas institucionalizados, que incluyó una muestra de 80 personas, encontraron un promedio de edad fue de 78,1 años (desviación estándar $\pm 9,3$ años) (33). Zapata et al, 2015. Colombia, en su serie de orden transversal, donde analizaron el apoyo social recibido por los 239 adultos mayores con enfermedades crónicas concluyó que el promedio de edad fue de 71 años y el 66,9% correspondió a adultos mayores con edades de 60 a 74 años (14).

En nuestra investigación participaron predominantemente mujeres con un 66.3%, estado civil casadas en un 51.4% y de nivel de instrucción secundaria en un 66.7%; resultados similares a los presentados por González, et al, en el 2016, en Cuba, donde la mayoría encuestadas fueron mujeres con un 55,2% (9); así como Polizz, et al., en el año 2014, en Argentina en relación con el estado civil el 40.8% refirieron estar casados y con la misma frecuencia del 40.8% fueron catalogados

con instrucción secundaria (10). Zapata et al, 2015. Colombia la mayoría de encuestadas fueron principalmente mujeres con un 59,8 % (14).

En esta línea, Villareal et al, 2016. Colombia, identificaron que el 61% de los adultos mayores correspondían al sexo femenino y en gran mayoría son viudas con el 38,5%, en cuanto a instrucción el 60.4% no tenía escolaridad (11). Valera et al, 2015. Perú, observó que el 62% de encuestadas fueron mujeres, el 7% no tenían instrucción escolar y el 19,6% eran solteros o viudos (12). Zapata et al, 2015, Colombia, con relación al estado civil el 47,3 % de los adultos mayores estaban casados, el nivel educativo predominante en esta población fue la primaria con un 69,5 % (14). Cerquera et al, 2017. Colombia, concluyeron que el 69% de encuestados fueron mujeres, con edades comprendidas en su mayoría 58,5 % entre los 65 a 75 años, 41,0 % casadas y con un 43 % con un nivel de escolaridad sin finalización de la básica primaria (16).

No obstante a pesar de lo expuesto en relación a características sociodemográficas, Sepúlveda et al., encontró datos que discrepan con los autores de la presente investigación, pues este investigador y colaboradores, en el año 2013, en Chile, encontró que el 55,0% de adultos mayores participantes de su estudio de redes de apoyo social eran varones, un 11,2% no tenía instrucción, el 32,5% eran solteros (33).

En lo que concierne a enfermedades crónicas no transmisibles las más representativas en nuestra investigación fueron: la hipertensión arterial en un 63,4%, la diabetes mellitus tipo 2 en el 23,2%. Cifras que concuerdan con autores como González, et al, en el 2016, en Cuba quienes de acuerdo a la distribución de la ECNT prevaleció la hipertensión arterial (HTA) con el 63.8%, seguido de diabetes mellitus tipo II (DMT2) (9).

Esta información también es corroborada por estudios como el de Polizz, et al., en el año 2014, en Argentina, quienes encontraron que las enfermedades predominantes en los adultos mayores fueron: la hipertensión arterial en un 44%, el 31% enfermedades de tipo metabólicas como: la diabetes mellitus tipo 1 y 2, obesidad y dislipidemias (10). Al igual que Villareal et al, 2016. Colombia, que identificaron a la hipertensión arterial en el 75,2% de los casos (11), así como

Valera et al, 2015. Perú, con relación a la presencia de enfermedades crónicas, la más frecuente fue hipertensión arterial en un 40,9% (12).

En cuanto a la situación familiar de los participantes de la investigación: el 55.1% de los encuestados indicó vivir con su pareja y/o familia sin conflicto, un 29% vivía con pareja de similar edad y un 1.8% de pacientes vivían solos; estos resultados son comparables con investigaciones como la de Polizz, et al., en el año 2014, en Argentina, quienes concluyeron que el 33.3% de adultos mayores vivían en pareja y el mismo porcentaje con su familia (hijos, hermanos, padre y/o madre) y con el mismo vivían solos en un 33.3%. Zapata et al, 2015. Colombia, el 52.1% recibió apoyo de su pareja, el 35.4% de los hijos, un 8,9 % vivían solas (14).

Villareal et al, 2016. Colombia, respecto a la situación familiar los autores de este estudio evidenciaron que: el 32.4% de adultos mayores vivían con familiares y sin conflicto y un 25% con el cónyuge de similar edad; sin embargo, el 8% se encontraba en situación de abandono familiar (11). Así también, Campos y colaboradores, en el año 2016, en Perú, observaron que 79,4% de los adultos mayores que acuden a la red de apoyo social rean independientes, es decir si realizan las actividades básicas de la vida sin depender de alguien, 10% son dependientes parciales y 10,6% son dependientes totales (17).

Sobre la esfera de relaciones y contactos sociales evidenciamos que el 48.9% de los adultos mayores encuestados indicaron que salen de su domicilio pero solo se relaciona con su familia, el 18.8% se relacionaba además de su entorno familiar con vecinos u otros, aunque el 16.7% no salía de su domicilio, pero recibía a su familia y/o visitas y un 14.9% mantenía relaciones sociales fuera de su casa.

Estos resultados son discrepan a los presentados por Sepúlveda et al., en el año 2013, en Chile, pues dichos autores concluyeron que 63,5 % de adultos mayores frecuentan y mantienen contacto con otras personas (menos una vez por semana), y un 23.3% de las personas que conoce y los visita más una vez por semana; y un 13,2% casi nunca recibe visitas ni tampoco realiza actividades físicas, lúdicas o laborales (33).

Finalmente, en lo que respecta al nivel de valoración socio-familiar de los 276 participantes pudimos identificar que: el 44.9% fue encasillado en un buen nivel, el 37% en un rango intermedio, no obstante, es importante subrayar que el 18.1% de adultos mayores fueron categorizados en deterioro social.

Estudios como el de Villareal et al, 2016. Colombia, difieren a nuestros datos, pues en la escala de valoración de Gijón, concluyó que el 40.4% de los participantes presentó un riesgo social, el 27.3% tiene problema sociales y solo el 32,3% tuvo una valoración social y familiar buena y/o aceptable (11); Valera et al, 2015. Perú, observó que 50,9% tuvieron riesgo social, 7,6% problema social, mientras que el 41,5% no presentaban riesgo social (12).

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- Participaron 276 adultos mayores, donde alrededor de un cuarto de ellos se ubicaron en rangos de edad de entre 65 a 69 años, seguidos de personas de 70 a 74 años; más de la mitad de participantes fueron mujeres, de estado civil casados, residentes en áreas rurales y de instrucción primaria.
- Dentro del grupo de ECNT, la hipertensión se presentó en más de la mitad de los casos, seguida de la diabetes mellitus tipo 2, aunque en menor frecuencia se observaron: la enfermedad renal crónica, cardiopatías y otras patologías crónicas (Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y Alzheimer).
- Casi la mitad de pacientes fueron categorizados de acuerdo a la escala de valoración socio-familiar de Gijón como un buen nivel, seguido de un intermedio y en menor frecuencia personas con deterioro social importante.
- En lo que respecta a la situación familiar, más de la mitad de encuestados vive con su pareja y/o familia sin conflicto.
- En la esfera de relaciones y contactos sociales, casi la mitad de participantes refirió que sale de su domicilio, sin embargo, solo se relaciona con su familia.
- De acuerdo a las redes de apoyo social, más de un tercio de los adultos mayores encuestados tiene soporte social pero es insuficiente, y casi en la misma proporción otro grupo recibe un apoyo social forma suficiente, no obstante, aunque en menor frecuencia otras personas no necesitaban ningún apoyo y/o no tenía soporte social y lo necesitaban.
- En lo referente a la calidad de vida de los adultos mayores y las redes de apoyo, encontramos una proporción importante de personas que solo se relacionaban con su familia tuvieron apoyo de red social, y otros por su parte no tuvieron una RAS suficiente.

7.2. RECOMENDACIONES

- Resulta de suma importancia que se implementen y/o fortalezcan programas en las redes de apoyo social en adultos mayores, de manera que se pueda hacer un diagnóstico de intereses y motivaciones de cada una de estas personas; así como que por medio de las RAS fomente la sensibilidad social, fortaleciendo las interrelaciones del adulto mayor haciéndolas más personales y con una gran proyección para interactuar con la sociedad que los rodea.
- Sensibilizar a las familias, personal de salud y población general, sobre la necesidad prioritaria de inclusión de los adultos mayores en la sociedad, esto con el fin de mejorar no solo la calidad de vida de estas personas sino también su entorno familiar y/o social.
- Deberían estimularse estudios similares en otras comunidades de adultos mayores, con la finalidad de encontrar elementos comunes de engranamiento e importancia de las redes de apoyo social, ya que en nuestro país las investigaciones realizadas son insuficientes en torno a la problemática planteada.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **CEPAL.** *Redes de apoyo social de la persona mayores en america latina y el caribe*. Santiago : s.n., 2013. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6622-redes-apoyo-social-personas-mayores-america-latina-caribe-santiago-chile-9-al-12>.
2. **Cardona D, Estrada A, Lina M. Chavarriaga, Ordoñez J, Molina J.** *Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado*. Medellin : s.n., 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642010000300007&script=sci_abstract&lng=es.
3. **Puga D, Rosero L, Glaser K, Castro T.** *Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra*. 2017. Disponibles en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545>.
4. **INEC.** *VII Censo poblacional Y VI de Vivienda*. 2011. Disponible: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/659/download/11656>.
5. **MIES.** *Encuesta de Salud, Bienestar Y Envejecimiento*. 2010. Disponible en: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>.
6. **Dutan P, .** *Percionsion Del Bienestar En El Envejecimiento De Los Adultos Mayores Del Grupo De Servicio Sociales Del Adulto Mayor Perteneciente al IESS*. Cuenca : s.n., 2013. Disponible: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>.
7. **CEPAL.** *Las personas mayores en América Latina y el Caribe*. 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/infografias/personas-mayores-america-latina-caribe>.
8. **Huenchuan S, .** *REDES DE APOYO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL*. 2013. Disponibles en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12750>.
9. **Gonzalez R, .** *Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores*. La Habana : s.n., 2016. Revista Científica. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564/1664>.
10. **Polizzi L, . Arias C,.** *Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores con enfermedades crónicas*. Buenos Aires : s.n., 2014. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/785>.
11. **Villareal A, . Arrieta E,.** *Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)*. Sincelejo : s.n., 2016. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3952/3717>.
12. **Varela L, Chave H,.** *Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú*. 2015. Disponibles en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2015.v32n4/709-716/>.
13. **Sepúlveda R, .Rivas E,.** *Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, padre las casas y nueva imperial*. 2013. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007.

14. **Zapata B, .Delgado B,.** *Apoyo social y familiar al adulto mayor del area urbana de Angelopolis, Colombia 2015.* Medellin : s.n., 2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a03.pdf>.
15. **Rivera G, .Infante N, .Henrnadez T,.** *Calidad de la ejecución del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor del Policlínico Universitario "José Martí".* Santiago de Cuba : s.n., 2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500008&lng=es.
16. **Cerquera A, .Uribe A,.,** *Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto.* Antioquia : s.n., 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00215.pdf>.
17. **Campos M, .Peña N,.** *Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención.* Lima : s.n., 2016. Diponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400005.
18. **Mamani I, . Miranda C,.** *Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal con diseño.* 2014. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2320/ENmaquhj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
19. **Ministerio de Salud (MSP).** *Enfermedades No Transmisibles.* Quito : s.n., 2015. Disponible en: <http://www.minsal.cl/enfermedades-no-transmisibles/>.
20. **Healthy Lifestyle Community,.** *Las enfermedades no transmisibles como una de las enfermedades de interés para la salud.* 2017. Dsiponible en: <https://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/17550/1/1061749162..pdf>.
21. **Organizacion Mundial De La Salud (OMS).** *Principales ENT y sus factores de riesgo.* 2018. Disponible en: <https://www.who.int/ncds/introduction/es/>.
22. **Fernandez J, .** *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba.* Valencia : s.n., 2014. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15670/fgarrido.pdf?sequence=1>.
23. **Aranda C, .Pando M,.** *Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social.* 2013. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>.
24. **Briones B, .** *Redes de Apoyo Familiares y calidad de vida en los adultos mayores usuarios jubilados del Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López.* Universidad de Guayaquil. Guayaquil : s.n., 2013. Tesis para optar por el título de Psicóloga Clínica. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/5868>.
25. **Ferrari V, .** *El adulto maoyr y su entorno como agentes de cambio.* Montevideo : s.n., 2015. Disponible en: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_valentina_ferrari_1.pdf.

26. **Vasquez D, .** *Redes sociales en adultos mayores de más de 60 años, pertenecientes al grupo "Salud y Vida", del Centro de Salud el Blanqueado, entre diciembre del 2015 a marzo del 2016.* Quito : s.n., 2016. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/13296>.
27. **Valencia L,.** *Precepcion De Las Redes De Apoyo Informal En Dos Grupos De Adultos Mayores En La Ciudad De Medellin.* Medellin : s.n., 2015. Disponible en: http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/648/3/ValenciaLaura_2016_PercpcionesRede sApoyo.pdf.
28. **Merck Sharp and Dohme España.** *El Paciente Cronico.* Barcelona : s.n., 2016. Disponible en: https://www.msdsalud.es/Assets/docs/dossier_msd/el-paciente-cronico.pdf.
29. **Martos M., Pozo M,.** *Apoyo Sociall Y Paciente Cronicos.* Andalucia : s.n., 2014. Disponible en: <http://www.infocop.es/print.asp?print=yes>.
30. **Olivares D., Rivera L., Borgues O,.** *Calidad De Vida En El Adulto Mayor.* La Habana : s.n., 2015. Dsiponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>.
31. **Cano C, .Garcia D, .Gracia,.** *Vejez generativa: construyendo puentes entre la empresa y el adulto mayor.* Nuevo Leon : s.n., 2016. Dsiponible en: <http://www.web.facpya.uanl.mx/vinculategica/Revistas/R2/932-955%20-%20Vejez%20Generativa%20construyendo%20puentesentrelaempresa%20y%20el%20adulto%20mayor.pdf>.
32. **Miralles R, .Sabartés O,.** *Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain.* Barcelona : s.n., 2004. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12558724>.
33. **Sepulveda C, . Rivas E, . Bustos L,.** *Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, padre las casas y nueva imperial.* Concepcion : s.n., 2013. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300007&script=sci_arttext&tlng=en.

9. ANEXOS

ANEXO 1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario: _____

Historia clínica: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Edad	
2. Sexo	1. Hombre 2. Mujer
3. Residencia	1. Urbana 2. Rural
3. Estado civil	1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
4. Instrucción	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
5. Situación laboral	1. Trabaja 2. No trabaja 3. Pensionado
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	
Enfermedad crónicas no transmisibles que padece:	1. Diabetes mellitus tipo 2 2. Hipertensión arterial 3. Enfermedad renal crónica 4. Cardiopatías 5. Otras
ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR Y RED DE APOYO SOCIAL DE GIJÓN	
SITUACION FAMILIAR <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto 2. Vive con pareja de similar edad 3. Vive con pareja y/o familia y/o otros pero no puede o no quieren atenderlo 4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades 5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio 2. Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa 3. Solo se relaciona con familia, sale de casa 	

4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (mayor a 1 por semana)
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (o menos de 1 por semana)

APOYO DE LA RED SOCIAL

1. No necesita ningún apoyo
2. Recibe apoyo de familia y/o vecinos
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajadora familiar, vive en residencia, clubes, etc.)
4. Tiene soporte social, pero es insuficiente
5. No tiene ningún soporte social

PUNTUACION:

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

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Período de tiempo comprendido entre el nacimiento hasta la fecha actual.	Cronológica	CI (años cumplidos)	1. 65-69 años 2. 70-74 años 3. 75-79 años 4. 80 y más
Sexo	Características fenotípicas observadas, con las que se pueden diferenciar los sexos.	Biológica	Fenotipo	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Jurídica	Auto referencia	1. Casado(a) 2. Soltero(a) 3. Divorciado(a) 4. Viudo(a) 5. Unión libre
Residencia	Lugar en que reside.	Geográfica	Auto referencia	1. Urbana 2. Rural
Instrucción	Nivel de escolaridad aprobado.	Académica	Auto referencia	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
Situación laboral	Actividad laboral que realiza la persona.	Social	Auto referencia	1. Trabaja 2. No trabaja 3. Pensionado
Enfermedad crónica no transmisible	Enfermedad crónica no transmisible que padece.	Biológica Fisiológica	Auto referencia	1. Diabetes mellitus tipo 2 2. Hipertensión arteria 3. Enfermedad renal crónica 4. Cardiopatía 5. Otras
Nivel de valoración social y red de apoyo	Evaluación del impacto de las redes de apoyo en la situación social del anciano	Social	Escala de Valoración social del anciano	- ≤ 7 Buena. - 8-9 Intermedia - ≥ 10 Deterioro social severo.



ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Cuenca, 2018

SEÑOR DOCTOR

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE

Su despacho

DE MIS CONSIDERACIONES

Por medio de la presente le hago llegar un cordial saludo y los deseos que continúe con éxitos en sus funciones.

Seguidamente nosotros, Henry Balboa y Christian Ortiz estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, que me encuentro realizando el internado rotativo en este hospital, comedidamente solicito a usted, me autorice realizar un trabajo de investigación, cuyo tema es: **“IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES, CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL CENTRO DE SALUD “ CARLOS ELIZALDE”**, el mismo que servirá como tesis previa a mi graduación, comprometiéndome de antemano a hacerlo con mucha responsabilidad, confidencialidad y con el máximo respeto a los pacientes y a la institución que Usted acertadamente dirige.

Por la favorable acogida que se digne en dar a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente

Henry Balboa

Christian Ortiz

CI: 030261208

CI: 0106903289

ANEXO 3. SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: "IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES, CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL CENTRO DE SALUD "CARLOS ELIZALDE, AÑO 2018"

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador(es) Principal(es)	Henry Balboa Chimborazo	0302601208	Universidad de Cuenca
	Christian Ortiz Villa	0106903289	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en **EL CENTRO DE SALUD "CARLOS ELIZALDE**. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

En la actualidad los procesos de abandono se asocian con la desvalorización de la calidad de vida de los adultos mayores lo que lleva consigo a una pérdida de "consideración" que puede aportar una persona en la sociedad, es donde las redes de apoyo social juegan un rol importante al proveer beneficio y retribuciones que se manifiestan en forma de intercambio de relaciones, servicios, productos dirigidos a satisfacer las necesidades básicas, dar amparo, oportunidad de seguir participando activamente en la sociedad en que viven los adultos mayores.

Objetivo del estudio

Describir la situación e impacto de las redes de apoyo social, familiar en la calidad de vida de los adultos mayores, además de identificar las soluciones que se planteen para mejorar su calidad de vida.

Descripción de los procedimientos

Se realizará un estudio basado en la observación y descripción, donde los participantes (el universo) serán los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Carlos Elizalde de la parroquia Yanuncay, durante un lapso 3 meses. Para esto se aplicará encuestas, revisión de fichas familiares test de calidad de vida además se revisarán las historias clínicas de los adultos mayores, toda esta información se recopilará en un formulario de recolección de datos los cuales serán tabulados y analizados, dichos datos nos brindan datos estadísticos de las reales de las calidad de vida de los adultos mayores, con los resultados de este estudio pretendemos conocer el alcance de acción de las redes de apoyo pero también que se puede plantear para mejorar la calidad de vida.

Riesgos y beneficios

Todo estudio presenta riesgos y beneficios, por lo tanto los riesgos que podemos encontrar en nuestro estudio del "IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES, CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES" se relacionan por un lado durante el estudio donde hay probabilidad de desviar de sus obligaciones de rutina al personal de salud para que atienda las necesidades de un estudio, o también al tener los resultados del estudio y comunicar al personal de salud las conclusiones, estos modifiquen sus prioridades en lo que atañe a la atención de la salud dando lugar a que otro grupo social distinto al del estudio se sientan excluidos. En lo que respecta a los beneficios del estudio podemos mencionar que con los resultados además de conocer la situación real de calidad de vida de los adultos mayores, nos permitirá tomar

medidas y acciones si bien no individualizada pero que, si beneficiara un grupo social en concreto porque las acciones dirigidas por el personal de salud a educar, ayudar, o tal vez modificar actitudes, costumbres, hábitos de los adultos mayores.

Otras opciones si no participa en el estudio

Una vez descrito en que consiste el estudio de sus riesgos y beneficios, las medidas y acciones probables que tomaran dependiendo del análisis y conclusiones de los resultados, usted tiene el derecho a negarse a participar en el estudio, sin embargo teniendo en cuenta de que en caso de no participar los resultados que se publicarán representaran al grupo social que usted pertenece y por tanto las medidas tomadas estarán dirigidas también a usted al ser parte del grupo social de estudio.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono : **0998646981** que pertenece a **Henry Balboa** o envíe un correo electrónico **henry_77n@hotmail.com**

Consentimiento informado

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

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo (si aplica)

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha



ANEXO 4. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DEL MANEJO DE INFORMACIÓN

Cuenca, 14 de Noviembre, 2018

Señor Doctor
José Ortiz Segarra
PRESIDENTE DEL COBIAS-UCuenca
UNIVERSIDAD DE CUENCA
Presente. -

Asunto: Declaración juramentada de confidencialidad de manejo de la información y Carta de compromiso del investigador principal del trabajo de titulación: **“IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES, CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE, AÑO 2018”**

De mi consideración:

Yo **Henry Balboa Chimborazo** con **CI: 0302601208** en calidad de investigador principal del **“IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES, CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE, AÑO 2018”**, expreso mi compromiso de guardar la confidencialidad del manejo de la información, y responsabilidad de cumplir y hacer cumplir con las normas bioéticas nacionales e internacionales durante todo el proceso del desarrollo de la investigación, en caso de contar con la aprobación del COBIAS-UCuenca. Me comprometo también en comunicar al COBIAS-UCuenca cualquier modificación al protocolo y realizar la solicitud de renovación en caso de que el tiempo de realización del estudio se prolongue más allá del tiempo de la aprobación.

Atentamente,

.....
Henry Balboa
0302601208

nios77n@gmail.com/henry_77n@hotmail.com
0998646981



ANEXO 5: SOLICITUD PARA APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Cuenca, 14 de noviembre, 2018

Señor Doctor
José Ortiz Segarra
PRESIDENTE DEL COBIAS-UCuenca
UNIVERSIDAD DE CUENCA
Presente. -

Asunto: Solicitud de evaluación del protocolo de trabajo de titulación: **“IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES, CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE, AÑO 2018-2019”**

De mi consideración:

Solicito de la manera más comedida la revisión del protocolo de trabajo de titulación para la Carrera de Medicina, titulado: **“IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES, CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE, AÑO 2018”**, que tiene como investigador/a principal a **Henry Balboa Chimborazo**

A fin de autorizar el protocolo de esta investigación, se adjuntan los siguientes documentos:

- Protocolo o proyecto de investigación (Anexo 2).
- Anexos de instrumentos a utilizarse para el desarrollo de la investigación, de ser el caso.
- Declaración juramentada de confidencialidad de manejo de la información (Anexo 3).
- Formato de consentimiento informado a utilizarse en la investigación, en los casos que aplique.
- Hoja de vida de los investigadores, en caso de proyectos de investigación.

Atentamente,

.....
Henry Balboa
0302601208

nios77n@gmail.com/henry_77n@hotmail.com
0998646981