



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**REDES DE APOYO FAMILIAR - SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LAS
FORMAS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL "CENTRO DE
SALUD CAÑAR". 2017**

**Poyecto de Investigación previa
a la obtención del Título
de Licenciado en Enfermería**

AUTORAS:

CARMEN JEANNETH TENEZACA VILLA C.I: 0302753645

WENDY ELIZABETH VERDUGO CANTOS C.I: 0107435950

DIRECTORA:

LCDA. CARMEN LUCIA CABRERA CARDENAS MGS. C.I: 0300819190

CUENCA - ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes: En la actualidad existe una transición demográfica con modificación de la pirámide poblacional en todos los países, sobre todo en Latinoamérica, debido a la disminución de la tasa de fecundidad, al progresivo envejecimiento y al incremento de la esperanza de vida.

Objetivo General: Identificar las redes de apoyo familiar – social y su influencia en las formas de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud del Cantón Cañar 2017.

Metodología: La investigación mixta, cualitativa y cuantitativa; el estudio descriptivo, observacional y correlacional; el universo formado por 60 adultos mayores, no se realiza cálculo muestral; las técnicas cuantitativas la encuesta, la cualitativa la observación; el procesamiento se realiza en el programa SPSS versión 22 y Microsoft Excel 2016. En el análisis de las técnicas cuantitativas se empleó la estadística descriptiva y para las cualitativas la hermenéutica dialéctica. Se aplicaron los procedimientos éticos como el consentimiento informado.

Resultados: Los adultos mayores están entre 75 y 85 años, el sexo femenino predomina con un 76,7% en relación al masculino, superando la media nacional. Las redes de apoyo social informales son las más relevantes con un 81,7%. Las formas de vida son calificadas como media y baja (35% y 40%).

Conclusiones: Las redes de apoyo influyen en las formas de vida, así la calidad de vida es mejor cuando cuentan con redes de apoyo social con un valor de $p < 0,05$ en comparación con los que no tienen; existiendo una asociación estadística y teórica entre las variables.

Palabras Claves.- ADULTO MAYOR, REDES DE APOYO, FORMAS DE VIDA.



ABSTRACT

Background: At present, there is a demographic transition with modification of the population pyramid in all countries, especially in Latin America, due to the decrease in the fertility rate, the progressive aging and the increase in life expectancy; It is necessary that states will be prepared for these changes.

General Objective: Identify the family and social support networks and their influence on the lifestyles of the elderly who attend the Cañar Cantonal Health Center 2017.

Methodology: Mixed research, qualitative and quantitative; the descriptive, observational and correlational study; the universe formed by 60 older adults, no sample calculation is performed; the quantitative techniques the survey, the qualitative observation; the processing is done in the program SPSS version 22 and Microsoft Excel 2016. In the analysis of the quantitative techniques, the descriptive statistics was used and for the qualitative the dialectic hermeneutics. Ethical procedures such as informed consent were applied.

Results: The elderly are between 75 and 85 years old, the female sex predominates with 76.7% in relation to the male, over the national average. Informal social support networks are the most relevant with 81.7%. The main work activity is housework 85%, use of incipient protection means (31.70%); the forms of life are qualified as medium and low (35% and 40%).

Conclusions: Support networks influence the way of life, so the quality of life is better when they have social support networks with a value of $p < 0.05$ compared to those that do not; There is a statistical and theoretical association between the variables.

Keywords.- OLDER ADULT, SUPPORT NETWORKS, WAYS OF LIFE.



ÍNDICE

RESUMEN 2

ABSTRACT 3

CAPÍTULO I..... 15

1.1 INTRODUCCIÓN 15

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17

1.3 JUSTIFICACIÓN 19

CAPÍTULO 2..... 21

FUNDAMENTO TEÓRICO 21

2.1 Antecedentes 21

2.2 El adulto mayor 23

2.2.1 Características del envejecimiento 25

2.2.2 Tipos de envejecimiento. 30

2.2.3 Teorías del envejecimiento 31

2.3 Formas de vida del adulto mayor 37

2.3.1 Concepto 37

2.3.2 Trabajo 38

2.3.3 Riesgos a los que están expuestos 40

2.3.4 Alimentación 44

2.3.5 Educación 46

2.3.6 Recreación 46

2.3.7 Perfil de salud – enfermedad 47

2.4 Apoyo Social..... 49

2.5 Tipos de apoyo social 51

2.5.1 Apoyo material 51



2.5.2 Apoyo instrumental	51
2.5.3 Apoyo informativo	52
2.5.4 Apoyo evaluativo	52
2.6 Fuentes de apoyo social.....	52
2.7 Redes de apoyo social.....	52
2.7.1 Redes de apoyo formal e informal	55
2.8 Apoyo familiar en el adulto mayor	55
CAPÍTULO III.....	57
OBJETIVOS	57
3.1 Objetivo General.....	57
3.2 Objetivos Específicos	57
CAPÍTULO IV	58
DISEÑO METODOLÓGICO	58
4.1 Tipo de estudio	58
4.2 Área de estudio	58
4.3 Universo	58
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	58
4.5 Operacionalización de variables	58
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos.....	59
4.6.1 Métodos	59
4.6.2 Técnicas	59
4.6.3 Instrumentos	59
4.7 Procedimientos	59
4.8 Procesos de tabulación y análisis	60
4.9 Aspectos éticos.....	60
CAPÍTULO V	62
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	62



5.1 Características socio-demográficas	62
6.2 Redes de apoyos formales e informales	79
6.3 Tipos de apoyo familiar	80
DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	99
ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ..	99
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	101
ANEXO 3. ENCUESTAS	103
ANEXO 4. FICHA DE OBSERVACIÓN	106
ANEXO 5. GRUPO FOCAL	111
ANEXO 6. CUADROS Y GRÁFICOS	113
ANEXO 7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	119
ANEXO 8. RECURSOS ECONÓMICOS	122
ANEXO 9. PLAN DE TRABAJO	123

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1	45
TABLA N°2	62
TABLA N°3	68
TABLA N°4	70
TABLA N°5	71
TABLA N°6	74
TABLA N°7	75
TABLA N°8	79
TABLA N°9	80



TABLA N°10	83
TABLA N°11	113
TABLA N°12	114
TABLA N°13	115
TABLA N°14	116
TABLA N°15	117
TABLA N°16	118

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1.....	63
GRÁFICO N°2.....	64
GRÁFICO N°3.....	65
GRÁFICO N°4.....	66
GRÁFICO N°5.....	67
GRÁFICO N°6.....	68
GRÁFICO N°7.....	69
GRÁFICO N°8.....	72
GRÁFICO N°9.....	73
GRÁFICO N°10.....	76
GRÁFICO N°11.....	77
GRÁFICO N°12.....	78
GRÁFICO N°1	83
GRÁFICO N°14.....	81
GRÁFICO N°15	82



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo Carmen Jeanneth Tenezaca Villa en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “ **REDES DE APOYO FAMILIAR - SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LAS FORMAS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL “CENTRO DE SALUD CAÑAR”.2017**” de conformidad con el art 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, 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 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de Junio del 2018

.....
Carmen Jeanneth Tenezaca Villa
CI: 0302753645



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Carmen Jeanneth Tenezaca Villa, autora del proyecto de investigación "**REDES DE APOYO FAMILIAR - SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LAS FORMAS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL "CENTRO DE SALUD CAÑAR".2017**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos son expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 26 de Junio del 2018

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials and a surname.

.....
Carmen Jeanneth Tenezaca Villa

CI: 0302753645



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo Wendy Elizabeth Verdugo Cantos en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “ **REDES DE APOYO FAMILIAR - SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LAS FORMAS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL “CENTRO DE SALUD CAÑAR”.2017**” de conformidad con el art 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, 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 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de Junio del 2018

.....
Wendy Elizabeth Verdugo Cantos
CI: 0107435950



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Wendy Elizabeth Verdugo Cantos, autora del proyecto de investigación "**REDES DE APOYO FAMILIAR - SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LAS FORMAS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL "CENTRO DE SALUD CAÑAR".2017**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos son expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca 26 de Junio del 2018

Wendy Elizabeth Verdugo Cantos

CI: 0107435950



DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado primero a mi Dios por darme fuerza, salud y vida para cumplir una más de mis metas propuestas y luego a mis hijos Kerly y Leonardo por ser mi mayor motivo a seguir adelante, a mis padres Víctor y Paula por todo el apoyo que me brindaron a lo largo de mi vida, por ser un modelo a seguir, por saber criarme con amor, principios, valores, respeto y sobre todo por los esfuerzos que han hecho para poder darme la mejor herencia como es la educación.

A mi amado compañero Carlos por ser mi pilar, por estar presente en las buenas y las malas, apoyándome siempre en las duras adversidades de la vida.

A mis familiares y hermanos/as Mariana, Jaime, Ángel, por ser un ejemplo a seguir y por brindarme apoyo en el trascurso de mis estudios.

Carmen Jeanneth Tenezaca Villa.



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico primero a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

A mis padres porque creyeron en mí, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta , ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles admiro su fortaleza y lo que han hecho por mí.

A mi esposo por ser mi inspiración y motivación para culminar mi carrera por todo su sacrificio y esfuerzo, siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis hermanas por siempre estar a mi lado ayudándome incondicionalmente cuando siempre las necesite.

A mis abuelitos por enseñarme que no todo es fácil en la vida pero siempre hay que luchar por lo que se quiere.

A mi familia por su comprensión, sus consejos espero contar siempre con su valioso apoyo.

Wendy Elizabeth Verdugo Cantos



AGRADECIMIENTO

Nuestros más profundos agradecimientos a nuestro padre Dios por iluminar y guiarnos en esta nueva etapa de vida y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos y ponernos a ser un instrumento para el bienestar de los demás.

A nuestros padres por su sacrificio y comprensión para así poder llegar a la culminación de un sueño más, como es esta hermosa carrera de enfermería.

A la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, carrera de Enfermería por abrirnos las puertas, a todo/as los docentes quienes día a día nos compartieron conocimientos y nos dieron la oportunidad de ir adquiriendo conocimientos científicos, técnicos y humanos en la formación profesional de nuestras vidas y por ayudarnos a cumplir objetivos anhelados para ser unas excelentes profesionales de la salud y para brindar una atención de calidad.

A nuestra directora y asesora Magister Carmen Cabrera Cárdenas por ser guía en nuestra formación profesional, por dedicarnos tiempo y paciencia ir compartiendo conocimientos de excelencia durante nuestra elaboración de investigación, por ser una de las personas con grandes ejemplos a seguir.

A todos los amigos y amigas que nos han apoyado de una u otra manera en este largo camino del estudio.

Las Autoras



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La vulnerabilidad social del adulto mayor ha sido conceptualizada como la desprotección social que deben enfrentar, exponiéndoles a daños potenciales de su salud, amenazando la satisfacción de sus necesidades básicas y violentadas sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales.

En los países de Latinoamérica como México el 70% de adultos mayores viven en municipios de bajo o muy bajo desarrollo, por ende, expuestos a una mayor desprotección y vulnerabilidad en comparación con otros grupos etarios, esta misma situación la enfrentan a otros países como Ecuador, Perú, Colombia, Chile, situación que se agrava cuando existen adultos mayores abandonados por sus familiares, existe la falta de creación y aplicación de políticas públicas, la carencia de recursos para brindar un cuidado integral, creando la capacidad humana para atender la demanda, garantizar el bienestar, promoviendo una vida digna y saludable.

Frente a esta situación, en diversos foros internacionales, cobran importancia las redes de apoyo familiar y social como definición de políticas públicas para protección del proceso de envejecimiento, Cassel y Cobb en el año de 1970 plantearon que las redes de apoyo familiar y social juegan un papel trascendental en el mantenimiento de la condición de salud, las formas de vida.

Matud, et al; plantea que los apoyos sociales son todas las acciones de diversa índole emocional, instrumental, informativa, cognitiva y material realizadas por diversos actores sociales, la familia debido a su dinámica sigue siendo uno de los apoyos sociales principales, pues representa la célula del desarrollo social, el primer espacio de socialización, comunicación e individuación de los sujetos sociales.



La familia es un sistema funcional sociocultural, un espacio de socialización del individuo, de formación, regulación, construcción de la identidad sociocultural, la personalidad, el pensamiento y autodeterminación de la vida de las personas, es la base para el progreso, conservación, desarrollo de la especie humana, de la civilización, lo cual incluye organización, formación inicial y desarrollo de los aspectos cognoscitivos que son la base para la inteligencia humana, los componentes afectivos emocionales - volitivos, los valores, cualidades y rasgos del carácter; un espacio de afecto, cariño, de construcción de relaciones sociales, comunicacionales lo que favorece para el bienestar y la salud, cuando este escenario se transforma en un espacio de desapego, de conflictividad, desamor, abandono surgen los trastornos de salud mental como depresión, baja autoestima, falta de resiliencia, campo propicio para el surgimiento de las enfermedades que modifican la cotidianidad del adulto mayor y la familia.

El envejecimiento implica un aumento de la vulnerabilidad y el grado de dependencia de los ancianos hacia otros miembros de la comunidad, creando una necesidad de apoyo de los adultos mayores para poder realizar sus actividades cotidianas, lo que determina que las redes de apoyo tengan un papel fundamental porque fortalecen las relaciones interpersonales con el entorno social, mejorando el bienestar físico - mental y emocional evitando el deterioro de las funciones.

Los servicios de salud pública no brindan un cuidado integral a las personas adultas; sumadas a que los asilos no brindan las condiciones para un cuidado de calidad, a qué no todos los adultos son asilados permaneciendo bajo el cuidado de sus familiares.

El desarrollo social demanda más tiempo para las actividades laborales lo que afecta significativamente al entorno familiar y los lazos afectivos y comunicacionales, deteriorando el apoyo familiar a los pacientes de la tercera edad. Este estudio busca mostrar la realidad del cantón Cañar, en relación con los pacientes que visitan el Centro de Salud de la ciudad, en función de



destacar la relevancia de orientar sus actividades y promover la activa participación del entorno familiar, social en el cuidado de pacientes geriátricos de manera que se mejore su calidad de vida.

El presente estudio tiene como finalidad describir y analizar las características principales de los apoyos sociales, familiares o redes formales e informales relacionándolas con las formas de vida y la vivencia del envejecimiento.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adultos mayores en su gran mayoría viven en condiciones de vulnerabilidad física, mental y social porque se encuentran desprotegidos del entorno familiar y social del que forman parte, cuando enfrentan daños a su salud física, la amenaza de insatisfacción de sus necesidades, la violación de sus derechos a nivel individual y particular; junto con los cambios demográficos que ocurren en el Ecuador y Latinoamérica en los últimos años, han creado importantes retos para el Estado que todavía no ha desarrollado la infraestructura ni la capacidad humana necesaria para atender la demanda y el bienestar de cada grupo.

En el Ecuador, los apoyos institucionales como el Seguro social, la cobertura de los Programas de las unidades de salud del primer nivel es escasa sumado al hecho que la mayoría de los adultos mayores pertenecen a grupos sociales de bajos recursos económicos, ubicados mayoritariamente en el área marginal y rural de los Cantones Cuenca, Biblián, Tambo y Cañar por lo que no tienen los recursos financieros necesarios, cobrando importancia los actores sociales cercanos que apoyan cotidianamente y en situaciones de emergencia a los adultos mayores.

La globalización en todas sus dimensiones determina el apareamiento de factores de endoculturación, que han transformado los estereotipos, los estilos de vida y la dinámica del entorno familiar, priorizando las necesidades



económicas en desmedro de las otras necesidades del ser humano sobre todo de los adultos mayores, siendo esta la principal causa del abandono que sufren.

El hecho de contar con redes de apoyo familiar y social tiene un impacto significativo sobre las formas de vida de los adultos mayores, varias evidencias científicas determinan que las relaciones interpersonales y transferencias comunicacionales, afectivas que se producen a través de las redes de apoyo cumplen un proceso protector ante el deterioro de la salud sobre todo mental, también generan un sentimiento de satisfacción porque desarrollan un mayor sentido de control y competencia personal; la satisfacción de vida aumenta considerablemente cuando el adulto mayor dispone de una red sea familiar o social, el 81% del área urbana cuenta con esta red, el 19% en el área urbana no cuentan con esta red, en el área rural este porcentaje se incrementa significativamente.

Las formas de vida son procesos dinámicos, dialecticos y de interrelaciones causales multidimensionales, resultantes de la interacción permanente entre los elementos complejos de la naturaleza, el desarrollo económico – social, nivel de vida, necesidades básicas de las personas y las desigualdades socioeconómicas, ambientales y sanitarias que influyen en las formas de vida de los adultos mayores, en el proceso de salud enfermedad, seguridad o inseguridad social.

Los determinantes de la salud se crean en la dimensión social de la vida, tiene su origen en la inserción social y en las formas de trabajo y consumo. Las formas de vida junto con las características psicológicas del grupo determinan su calidad de vida y el tipo de envejecimiento que afrontaran.

La sociedad debe garantizar el acceso y cobertura de salud, bienestar como parte de los derechos de los adultos mayores consignados en la constitución, para que no los segregue ni estigmaticen, sino los dignifiquen.



El Centro de Salud de la ciudad de Cañar, busca brindar atención oportuna a la ciudadanía; sin embargo, existen limitaciones para un buen cuidado de los adultos mayores, su atención está centrada solo en lo intramural, en la recuperación de la salud, desconociendo el entorno familiar y social que rodea al anciano, limitando los cuidados. El promedio de pacientes geriátricos que acuden a esta unidad de salud es de 60, porcentaje significativo, quienes en una exploración inicial manifiestan que ellos mismos son los encargados de los cuidados, lo cual no garantiza los cuidados, predisponiéndolos a un grave deterioro de la salud. Desde esta perspectiva, la participación familiar es un punto primordial para mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos, así como para garantizar una creciente tendencia a mejorar su calidad de vida, independientemente de su condición de salud.

El tema de investigación responde a la pregunta ¿Cuál es la influencia de las redes de apoyo familiar y social sobre las formas de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Cañar?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La población adulta mayor y los problemas que les aquejan en esta etapa de la vida los transforma en grupo vulnerable por lo que se realiza un estudio en el que se investiga las existencias de redes de apoyo familiar y social y como estas influyen en las formas de vida, identificando los tipos de redes y su influencia sobre las formas de trabajo - consumo y el perfil salud enfermedad.

El estudio se justifica porque solo se han encontrado investigaciones a nivel de Latinoamérica que describan la influencia de las redes sobre las formas de vida de este grupo, por esta razón se plantea la necesidad de investigar las características de las redes, características laborales y de consumo de este grupo etario; la situación actual del adulto mayor hace que todavía desempeñan actividades laborales como una forma de sobrevivencia.



El adulto mayor es percibido socialmente como una persona discapacitada, limitada, enferma, un ser humano con muchas necesidades, problemas de salud física, mental, abandono, violencia, consecuencias que no son detectadas tempranamente siendo considerados como características normales de esta etapa, lo que deteriora la calidad de vida o formas de vida del adulto mayor.

Esta investigación tiene gran relevancia e implicaciones en varios campos:

- 1) Científico porque servirá de base para la planificación y desarrollo de redes orientados a la promoción de la salud, prevenir problemas de salud tanto físicos como mentales y promover envejecimientos saludables mejorando la calidad de vida del adulto mayor.
- 2) Metodológico porque permitirá identificar con claridad cuáles son las redes de apoyo disponibles para fortalecerlas, estableciendo una relación entre su importancia y las formas de vida de los adultos mayores.
- 3) Sociocultural porque se podrá planificar y establecer estrategias que permitan diseñar redes de apoyo en los cuales se involucre la familia, las instituciones y la comunidad para proteger al adulto mayor e integrarlo a la sociedad.



CAPÍTULO 2

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El envejecimiento constituye un problema de salud pública, sobre todo en la actualidad, considerando que el porcentaje de personas adultas ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Según referencias de la Organización Mundial de Salud (OMS) se estima que en el período comprendido entre los años 2000 y 2050 la población de adultos mayores de sesenta años se duplicará, ascendiendo del 11% al 22% (1), por lo que resulta de interés la búsqueda de mejores condiciones de vida para este grupo etario.

En la actualidad existen lugares como asilos que brindan asistencia a las personas adultas mayores, así como facilitan su estadía; los estudios han profundizado más, en la necesidad de brindar una vida digna a estas personas; siendo uno de los factores más importantes, la relación social que mantienen tanto con familiares, familias extendidas y personas que no poseen parentesco (2). En este apartado se puntualizan los estudios más relevantes y de interés para el presente trabajo, que han servido como antecedentes orientando esta investigación.

En el marco internacional, países como Chile han investigado esta realidad; manifestando que es cada vez mayor la relevancia que se ha dado al proceso de envejecimiento; sobre todo, por la creciente cifra de adultos mayores, resultado del incremento de la expectativa de vida en la población; en el contexto de la investigación de este país, se manifiesta que existe un porcentaje significativo de adultos mayores que llegan a esta edad y tiene que afrontar dificultades económicas. El estudio llevado a cabo en Chile siguió la red de intercambio de apoyo social en personas mayores entre los años de 1999 y 2000 en función de determinar a través de un estudio de corte transversal, la situación de las redes de apoyo social en el país;



determinándose que la red promedio que rodea a una persona mayor oscila entre 1 y cuatro personas; cifra que se considera significativamente reducida; esta red se ve más reducida en el caso del sexo masculino (3).

Dentro del mismo contexto latinoamericano, un estudio llevado a cabo en la ciudad de México determinó que la red de adultos mayores promedio es de 2,06 personas; porcentaje que se considera de igual manera, significativamente reducido, considerando que este promedio de personas se divide entre familiares y personas que se encuentran fuera del círculo familiar. A diferencia del estudio citado anteriormente, en este no se encontró diferencia significativa en cuanto al sexo. Así también, el estudio permitió determinar que los vínculos son en porcentaje, superiores con familiares, siendo los principales actores los hijos, nietos y la pareja del adulto mayor. En cuanto al tipo de apoyo brindado, se determinó que es más frecuente el apoyo económico, con un 58%, brindado por el mismo entorno familiar. En la otra mano, se evidencia carencia de apoyo instrumental y apoyo informático con un 93,5% de adultos mayores que no da ni recibe información (4).

Cabe citar el estudio llevado a cabo en Cuba en el cual se aborda también las redes de apoyo social, sin embargo, los resultados difieren de los previamente citados. Primeramente, se señala que se determinó en los adultos mayores una calidad de vida alta, en donde la principal fuente de apoyo social es la familia; así también, un 75% de los adultos mayores que formaron parte del estudio percibieron un apoyo social alto (5). Esta percepción, de acuerdo a los autores, se refleja en una mejor calidad de vida.

Focalizando el contexto nacional, López C. (2012) lleva a cabo una investigación que enfoca las redes de apoyo familiar en adultos mayores, usuarios del Hospital del Día "Dr. Efrén Jurado López". El estudio señala que los adultos mayores muestran insatisfacción en sus relaciones familiares; sobre todo en el tema de apoyo instrumental y la participación en el entorno; ya que muchos de ellos se sienten excluidos. La figura que mayor apoyo les



ha brindado, de acuerdo a su percepción, es su cónyuge y en el caso de personas viudas, indican que el apoyo proviene de los hijos o nietos (6).

En el año 2013, Castillo lleva a cabo un estudio en la ciudad de Loja, cuyo objetivo es la identificación del apoyo social percibido por los adultos mayores del Centro para Adultos “Daniel Álvarez Sánchez”; los resultados de esta investigación muestran que la percepción social tiene una tendencia media – baja, con una prevalencia del 47,02% de adultos; quienes indican que esta percepción se debe a la falta de afecto y apoyo que es brindada por sus familiares. El análisis comparado de variables realizado en este estudio muestra la existencia de relación en cuanto a factores sociodemográficos y la percepción de los adultos mayores, siendo los factores más significativos el nivel de escolaridad y el número de hijos. Factores como género, estado civil, no representaron una relación significativa en este estudio (7).

En cuanto al contexto de la ciudad de Cañar, no se ha determinado la existencia de documentos que indiquen el nivel de percepción de apoyo social de adultos mayores, ni estudios que muestren las redes de apoyo social existentes en adultos mayores, por lo que se considera de relevancia la presente investigación.

2.2 El adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud clasifica a las personas entre 60 y 74 años como de edad avanzada, entre 75 y 90 años como ancianas y las que exceden los 90 años, se los denomina grandes viejos (21). Cada vez es de mayor interés, el estudio del adulto mayor debido a su incremento en densidad poblacional, como consecuencia de un aumento en las expectativas de vida en relación con épocas anteriores (22). Las estadísticas indican en una proyección de la OMS que para el año 2050, la cifra de adultos mayores se duplicará, constituyéndose un 22% de la población (23).



La definición de adulto mayor dada por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982 corresponde al grupo etario superior a los 60 años sin embargo la OMS asume un rango de variación entre 60 y 65 años, porque en los países desarrollados las expectativas de vida y envejecimiento se dan en mejores condiciones (24).

El envejecimiento implica una serie de problemáticas, que posteriormente deberán ser afrontadas por entidades sociales, como por los mismos grupos encargados de los adultos mayores. Desde esta perspectiva, Castillo señala que existen dos enfoques del envejecimiento: el enfoque del área de salud y el enfoque social. El primero, abarca posibilidades como el envejecimiento normal, exitoso, patológico, terciario, activo, ideal, habitual o envejecimiento psíquico o mental; por otro lado, el enfoque social indica las variables de envejecimiento subjetivo, social y cronológico (7).

Todas estas perspectivas apuntan a que existen múltiples formas de afrontar el envejecimiento. A su vez, este tipo de envejecimiento se ha caracterizado por la diferencia de contextos en donde se dan; por ejemplo, en países desarrollados, existen los recursos necesarios para afrontar situaciones de salud relativas al envejecimiento, por lo que se focalizan factores afectivos. En el caso de países como Ecuador, los índices de pobreza implican limitaciones al momento de afrontar el envejecimiento; evidentemente, no se disminuye el interés por el factor emocional, sin embargo, los tipos de apoyo e intervención de entidades focalizarán también otras problemáticas más específicas como la extrema pobreza. Así, Pelcastre, et. al (2011) señala que los índices de pobreza en Sudamérica, son próximos al 70% en algunos casos, de pobreza extrema (25).

El apoyo social, en múltiples estudios se considera fundamental en el proceso de envejecimiento. Así, autores como Ramos, y Salinas (2010) indican los beneficios que genera el apoyo social.



2.2.1 Características del envejecimiento

El proceso de envejecimiento es universal; afecta a todos los seres vivos. A pesar de esto, no existen características que se puedan definir como absolutas, al llegar el envejecimiento; es también un proceso único, de acuerdo al estilo de vida que han llevado las personas; consecuentemente, las características que se describen en este apartado, se han considerado en función de los procesos más comunes dados en el envejecimiento, estos no son absolutos, por lo que no se encontrarán en todos los casos de envejecimiento; también, es progresiva.

Finalmente, cabe puntualizar que el envejecimiento del cuerpo no se da en forma uniforme en todos los órganos; así algunos órganos envejecerán más pronto que otros; situación que también está vinculada a factores individuales relacionados con el estilo de vida llevado.

Marín (2003) indica una serie de características que se dan tanto en el plano físico como psicológico y social, que se describen a continuación.

Envejecimiento físico

El envejecimiento físico está caracterizado en nueve aspectos a considerar: apariencia física, órganos de los sentidos, sistema nervioso, sistema cardiovascular, aparato respiratorio, aparato digestivo, aparato génito-urinario, sistema endócrino y sistema inmunitario (26). Otra clasificación, como la propuesta por Generalitat Valenciana (Instituto Educativo), indican que los procesos físicos del cuerpo pueden clasificarse, de forma generalizada en sistemas de control, sistema de aprovisionamiento y sistemas ejecutores; sin embargo, la subclasificación de estos tres sistemas descritos, implica la misma subdivisión propuesta por Marín; por lo que se aborda los nueve aspectos (27).



Apariencia física

Tanto la apariencia física, como la postura y el caminar de las personas adultas, se ven modificadas con el paso de los años. Se puede hablar de aspectos puntuales que caracterizan al envejecimiento, siendo estos: cambios en la piel, redistribución de la grasa corporal, pérdida muscular, disminución de la talla, y lo que se ha denominado como *marcha senil*.

La composición corporal provoca una disminución en la masa muscular y disminuye también el agua corporal. Es característico que en el grupo de ancianos exista disminución de la grasa corporal presente en la cara, y por otro lado, exista acumulación de grasa en abdomen y caderas. Estas condiciones implican disminución en cuanto a la fuerza física y también son propensos a procesos de deshidratación.

En referencia a los cambios en la piel, las células cutáneas sufren disminución en el número de melanocitos, así como los capilares dérmicos que se encargan de la nutrición cutánea. Estos cambios provocan tanto despigmentación en la piel (cambios tonales en la piel) como pérdida de elasticidad y aparición de arrugas y acumulación de piel en determinadas zonas (debido también a la redistribución de la grasa corporal).

Con respecto a la talla, Marín (2013) indica que los adultos mayores muestran disminución en su talla, debido al desgaste en la altura de los discos intervertebrales, lesiones, etc. que a su vez, provocan también la modificación de la postura, haciendo que paulatinamente se vaya encorvando la columna y flexión de rodillas (sobre todo en mujeres). Según este autor, la pérdida de talla se cuantifica entre 3 y 5 centímetros en el caso de mujeres y entre 5 y 6 centímetros en el caso de hombres (26).

Finalmente, lo que se conoce como *marcha senil*, es el resultado de todos estos factores físicos, que contribuyen a que el andar sea cada vez más lento, se muestre una inclinación hacia adelante, dificultad para mantener el



equilibrio, relacionado con la pérdida de fuerza muscular, provocando un cambio en la postura y ritmo al caminar. La convergencia de todos estos factores da como lugar a lo que se denomina como *marcha senil* (26).

Órganos de los sentidos

Una de las características del envejecimiento, se da en cuanto al deterioro que sucede en los órganos de los sentidos; pudiendo llegar a una privación sensorial a pérdida de las capacidades perceptivas implicando una elevación del nivel de riesgos a los cuales están expuestos los adultos mayores.

Entre los órganos de los sentidos más afectados, se encuentra la vista, característico del envejecimiento, porque se producen alteraciones en la retina, humor, vítreo y cristalino que afectan significativamente la agudeza visual.

En cuanto al oído, las funciones sensoriales también se ven disminuidas, provocando la aparición de presbiacusia junto con la aparición de distorsiones en el sentido de equilibrio.

Los sentidos del gusto y olfato también pueden verse afectados con el envejecimiento debido a la disminución de papilas gustativas y células olfativas. Considerando la paulatina disminución de líquidos durante el proceso de envejecimiento, sucede también que la producción de saliva disminuye, lo que provoca menos disfrute de los alimentos, pudiendo generar pérdida de apetito.

Finalmente, se ha constatado que el sentido del tacto también se ve afectado, afectando la sensibilidad a la temperatura y la agudeza del tacto.



Afecciones al sistema nervioso

La irrigación sanguínea, así como la pérdida de masa neuronal, son las principales afecciones que sufre el sistema nervioso. Esto provoca que el número de conexiones neuronales se reduzca, así como la velocidad en la que los impulsos son conducidos; lo que produce reducción del tiempo de reflejo y reacción. Estos factores contribuyen a la aparición de enfermedades, confusión mental, falta de coordinación en los movimientos, etc. Verona, et al (2002) refiere que el envejecimiento en cuanto al deterioro del sistema nervioso, puede ser abordado desde cuatro puntos de vista: velocidad de rendimiento, memoria y aprendizaje, cambios en la personalidad, cambios sensoriales y perceptivos (28). En este mismo estudio, en diferentes grupos etarios mayores a 65 años, se determinó que la memoria se ve afectada en edades superiores a los 80 años; y que la mayor afección se da en cuanto a la velocidad de procesamiento cognitivo.

En referencia a la memoria, se ha determinado que si bien, no se produce una respuesta inmediata en la capacidad de recordar eventos o detalles; los recuerdos pueden llegar horas más tarde, pero no se han perdido; siendo casos como los de demencia senil, asociados a factores individuales.

Afecciones al sistema cardio-vascular

En cuanto al sistema cardio-vascular, el envejecimiento puede generar disminución de las células del miocardio, en la velocidad con la que son conducidos los impulsos; Marvin señala que también es frecuente la calcificación de las válvulas; condiciones que generan disminución de las reservas cardíacas y poca respuesta ante eventos estresantes.

De acuerdo a Jackson y Wenger (2012), el envejecimiento está caracterizado por la reducción de la distensibilidad y elasticidad vasculares; generando la aparición de enfermedades relativas, como la hipertensión (29).



El porcentaje de adultos hipertensos en el país, no es desestimable, considerando que significa el 7,4% de las causas de morbilidad en adultos mayores; el cuarto más frecuente a nivel nacional, según datos del INEC en el año 2006. Actualmente, la hipertensión es la segunda causa de muerte después de la Diabetes.

Aparato respiratorio

El aparato respiratorio se ve afectado por la disminución de distensibilidad en la pared torácica y a nivel pulmonar, en el flujo sanguíneo que llega a los pulmones. La carencia de una adecuada oxigenación provoca pérdida de vigor y vitalidad.

La reducción de los mecanismos de defensa provoca también la aparición frecuente de tos, que a su vez, es menos eficiente para la evacuación de agentes patógenos (26).

Afecciones en el aparato digestivo

La deshidratación provoca reducción salival, de acuerdo al estilo de vida y debilitamiento de los músculos, pérdida de piezas dentales; factores que reducen la capacidad de masticación, provocando limitación para el consumo de alimento (26). El aparato en general experimenta una reducción de su capacidad peristáltica; provocando fallas en la capacidad digestiva, estreñimiento.

Afección al aparato génito – urinario

El número de nefronas disminuye significativamente, afectando el rendimiento de filtración y reserva funcional en el riñón, la vejiga, pierde elasticidad junto con el deterioro muscular y falta de control de esfínteres son problemas frecuentes en los adultos.



En referencia a la producción hormonal, también se ve disminuida, alterando las características sexuales como disminución de vello púbico, y atrofiamiento de los órganos sexuales (26).

Afecciones al sistema inmunitario y hematológico

Los ancianos son capaces a sufrir cualquier tipo de infección debido a que los sistemas inmunitarios están debilitados y pierden eficiencia porque la capacidad de respuesta del organismo está reducida (26).

También, pueden aparecer otras más específicas que varían de acuerdo al contexto en donde se encuentra el adulto mayor, factores socio-culturales, historia de vida y demás factores que condicionan el deterioro del organismo.

2.2.2 Tipos de envejecimiento.

Las características descritas de forma generalizada, pueden presentarse durante el proceso de envejecimiento, pudiendo variar en intensidad de acuerdo al estilo de vida que ha llevado, así como a las características propias del organismo; también presenten distintos grados de deterioro; el proceso de envejecimiento, tiene características propias que determinan su clasificación. Herrera, de acuerdo a las características básicas del envejecimiento, se clasifica en: envejecimiento fisiológico, patológico y activo.

Envejecimiento fisiológico

El envejecimiento fisiológico es aquel en donde los procesos degenerativos se encuentran enmarcados en parámetros de normalidad de acuerdo al contexto, permitiendo relacionarse con el medio en el que se desenvuelve (30).



Envejecimiento patológico

Este tipo de envejecimiento está caracterizado por la presencia de enfermedades que alteran el envejecimiento normal, limitando la capacidad de relación del individuo con el entorno social.

Envejecimiento activo

El envejecimiento activo se refiere a la participación del adulto mayor con su entorno social; esta relación produce beneficios en los aspectos físicos, emocionales, sociales y mentales de manera que se permita ampliar la esperanza de vida y mantener la salud del adulto así como su participación social activa tanto en aspectos económicos, sociales como culturales (31).

2.2.3 Teorías del envejecimiento

El envejecimiento ha sido descrito como un proceso de deterioro gradual, progresivo e irreversible, que finaliza con la muerte de la persona. Las teorías que tratan de explicar este proceso históricamente han sido abundantes y a pesar de su estudio, no se ha llegado a establecer que una de todas ellas sea del todo válida, sobre todo porque se considera un evento multifactorial. De acuerdo al abordaje que se ha dado al estudio del envejecimiento, se han planteado varias teorías.

Existen dos corrientes que tratan de explicar el envejecimiento, la estocástica y la determinista. El abordaje según Gonzalez, J.(2010) también se puede analizar el envejecimiento desde la perspectiva biológica (contenida en las dos clasificaciones citadas anteriormente), psicológica y sociológica.

Teorías estocásticas

Las teorías estocásticas abordan el envejecimiento como un proceso resultante de la acumulación de una serie de acontecimientos que conllevan al deterioro del organismo, por ende, a la decadencia. Esta teoría se basa en



planteamientos estadísticos, considera a los factores externos y la incidencia para incrementar la probabilidad de deterioro, sumado al desgaste laboral y a las formas y estilos de vida. Esta teoría se subclasifica en siete teorías: genéticas, mutación somática, radicales libres, error catastrófico, uniones cruzadas, acumulación e inmunológicas; las mismas que describimos a continuación

Teorías genéticas

El entorno celular debido al metabolismo permanente y a la falta de restauración de la función celular, la que produce envejecimiento de la persona, por activación de los genes de la senectud; responsables de la alteración de la regulación génica, la diferenciación terminal y la inestabilidad del genoma.

Teoría de la mutación somática

Propuesta por Szilard, esta teoría refiere que el envejecimiento es el resultado de una serie de mutaciones del ADN de las células somáticas. Los estudios han determinado que la lesión en el ADN es fundamentalmente para modificar el nivel de material genético mitocondrial (p. 2).

Teoría de los radicales libres

Esta teoría se fue propuesta a mitad del siglo XX, por Harman; quien indica que el envejecimiento es el resultado de efectos casuales y perjudiciales para los tejidos debido a la acción de radicales libres. Esta teoría permite mostrar la asociación de ciertas enfermedades degenerativas como demencia senil y las enfermedades autoinmunes.



Teoría del error catástrofico

De acuerdo a su autor (Orgel), el envejecimiento se produce por los errores que aparecen en los mecanismos de síntesis de proteínas, produciéndose proteínas con anomalías. Esta teoría actualmente está descartada, porque las investigaciones han demostrado que la anomalía detectada en las proteínas en personas adultas mayores, se debe a modificaciones que ocurren posterior a la síntesis de las proteínas.

Teoría de las uniones cruzadas

La formación de enlaces moleculares entre proteínas y las cadenas de ácidos nucleicos va en aumento con la edad, contribuyendo al deterioro del organismo, por acción de los radicales libres como resultado de procesos metabólicos.

Teoría de la acumulación de productos de desecho

La fundamentación de esta teoría está a nivel celular; plantea que el envejecimiento es el resultado de la acumulación de desechos a nivel citoplasmático, esto resulta perjudicial para la célula. Esta teoría contribuye a la explicación del deterioro de pigmentación en la piel, con el envejecimiento; por ejemplo.

Teoría inmunológica

La teoría inmunológica enfoca los cambios que se dan en la capacidad de respuesta inmune; debido a que están activos a su máxima capacidad en el sujeto hasta que éste, alcanza su madurez sexual y se mantiene en este período, para posteriormente mostrar un paulatino deterioro; esta teoría puede explicar porque se da la disminución de células T y por ende, el deterioro de las estrategias defensivas del organismo, que están basadas en estas células.



Teorías determinísticas

Las teorías determinísticas contemplan el envejecimiento desde una serie de variables conocidas y limitadas; que evolucionan de la misma manera en todos los individuos y que están preprogramadas de forma innata. Procesos como la evolución, justifican este tipo de teorías, considerando que la supervivencia de la especie y su continuidad evolutiva, se da gracias al continuo cambio que se produce con la muerte de las especies antiguas y el nacimiento de las nuevas. En esta línea teórica, se diferencian dos tipos de teorías: las teorías de la capacidad replicativa finita de las células y las teorías evolutivas.

Teoría de la capacidad replicativa finita

Las células están programadas para tener un límite en cuanto a su capacidad reproductiva, al igual que su tiempo de vida limitado. Actualmente, de acuerdo a las investigaciones, se conoce que esta capacidad reproductiva de las células es, efectivamente limitada, en todos los individuos se manejan rangos de reproducción más o menos similares, lo que implica que una vez excedido este rango de reproducción, las células empiezan un período que deriva en el deterioro general del organismo. Las excepciones a esta regla de capacidad finita de réplica, se encuentran en células cancerígenas, que resultan patológicas para el organismo. Paralelamente, los riesgos de desarrollar células cancerígenas aumentan con el incremento de los años.

Teorías evolutivas

Las teorías evolutivas justifican el envejecimiento desde una perspectiva de la especie en general. La primera de estas teorías explica que la necesidad del envejecimiento deriva en que la renovación y el recambio de la población, no sería posible sin la existencia de esta condición. La segunda teoría evolutiva del envejecimiento explica que este proceso es el resultado de mutaciones genéticas tardías perjudiciales encargadas de llevar al



envejecimiento a las especies. La tercera teoría refiere que la vejez es el resultado de la aparición de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundación temprana.

Todas las teorías descritas pretenden abordar el envejecimiento desde un solo punto de vista; actualmente se considera que el proceso de envejecer es el resultado de todos estos factores descritos, y está vinculado con el medio ambiente en el cual se desarrolla la persona. La asociación genética del envejecimiento ha tenido aceptación, por cuanto algunas investigaciones han logrado determinar que existe relación en la longevidad de una persona, con la edad de muerte de sus padres y abuelos (descartando los casos de muerte por causas no naturales). En este marco, es posible hablar de un envejecimiento normal, siempre y cuando se tenga una referencia precisa del contexto en donde se estudia en proceso de envejecimiento. Así, Miquel (2006), indica que un envejecimiento considerado normal, está relacionado al entorno en donde se estudia, y describe un proceso de envejecimiento libre de enfermedades.

Por otro lado, el abordaje del envejecimiento se puede desarrollar desde una perspectiva psicológica y sociológica según lo planteado por González (2010), quien señala que a más de las teorías ya descritas, es también necesario plantear un estudio del proceso de envejecimiento.

Desde el punto de vista psicológico, resulta evidente que la actitud de un anciano difiere significativamente de la actitud de un adulto, al igual que cualquiera de las etapas de la vida, muestran características particulares de orden psicológico. González (2010) empieza por señalar que el envejecimiento está condicionado por factores hereditarios, el sexo, estilos de vida y relaciones afectivas.

El abordaje psicológico del envejecimiento se subdivide en tres teorías: psicodinámicas, conductistas y humanistas. Las teorías psicodinámicas de la personalidad consideran que existen determinantes subconscientes y



basadas en la historia del sujeto que determinan la personalidad de la persona. Esta perspectiva asume que el material residual existente en el inconsciente de la persona se encuentra más acumulado en el caso de las personas adultas mayores, lo que justifica su diferencia en cuanto a la personalidad.

En referencia a las teorías conductistas, las mismas enfocan a la personalidad como el resultado de condicionamientos dados por la relación con el medio ambiente justificándose así los patrones de conducta más definidos encontrados en ancianos, a diferencia de los que se pueden encontrar en jóvenes.

Finalmente, las teorías humanistas, consideran que la personalidad se crea en un entorno vivencial y en grados de realización, de manera que la diferencia de personalidad entre jóvenes y adultos, radica en las proyecciones futuras existentes en jóvenes y la recapitulación de logros, presente en ancianos.

Además explica las capacidades adaptativas que debe desarrollar el anciano debido a la pérdida de algunos sentidos, cuyo deterioro es inherente al envejecimiento. Tanto la pérdida visual, como las capacidades auditivas, contribuyen a generar en el anciano un desajuste generacional y una desvinculación con su entorno inmediato, siendo común que se oriente a un proceso de aumento en su relación reflexiva. Esta estrecha vinculación con su mundo interno implica la aparición de reminiscencia (repetición de diálogos continuos).

Es importante considerar este tipo de abordaje del envejecimiento, por cuanto se busca brindar al anciano condiciones de *envejecimiento activo*, sin disminuir su vinculación con el entorno social y las actividades cotidianas, esto junto con el abordaje social del envejecimiento permite la autonomía e independencia del adulto mayor, pues, según Mishara (2000) uno de los factores sociales que más afecta al envejecimiento, es la desvinculación de



su entorno laboral reflejado en el deterioro que se da en las personas que se jubilan y dejan de ejercer alguna actividad significativa socialmente, desvinculándose de los intereses sociales.

2.3 Formas de vida del adulto mayor

Considerando la paulatina desvinculación del entorno social y laboral que sistemáticamente sufren los adultos mayores, produciendo un cambio en su rol social, a pesar de los beneficios económicos como seguro de vida, sueldo mensual, que perciben y les permite subsistir; pero a estos beneficios no tienen acceso todos los adultos mayores un gran porcentaje de ellos no tienen ningún tipo de ingreso, lo que implica que para sobrevivir deben dedicarse a actividades laborales a pesar de sus condiciones físicas inherentes a su edad, todos estos procesos de trabajo, consumo, inclusión social determinan las condiciones de vida del adulto mayor.

2.3.1 Concepto

Las formas de vida resultan de interés, considerando que inciden en los perfiles de salud o enfermedad de los diversos grupos etareos sobre todo de los más vulnerables entre ellos los adultos mayores. (32).

Montaño et. al (2013) define a las formas de vida como:

“son las condiciones de vida, las formas de trabajo, consumo, organización política y cultural de los grupos sociales que influyen sobre el comportamiento anatomo - funcional del organismo produciendo salud o enfermedad.” (33).

En base a esta definición, las formas de vida están determinadas por múltiples procesos generales, particulares e individuales, en el adulto, como



se produzca el metabolismo, las relaciones con su entorno y las actividades que el adulto desarrolla para su supervivencia e incursión social son los determinantes de procesos protectores que conservan la salud o procesos peligrosos que producen daño, enfermedad o muerte.

Las formas de vida, han sido objeto de estudio por su influencia en el perfil de salud – enfermedad en sus dimensiones físicas y psicosociales de los adultos mayores; razón por la que se considera pertinente el análisis de esta categoría para determinar la calidad de vida del adulto mayor.

2.3.2 Trabajo

El trabajo es un proceso de transformación de la materia prima en bienes de consumo, además resulta significativo para la salud mental de las personas y, evidentemente, para su sostén económico; sin embargo, las exigencias de los entornos laborales altamente competitivos, han hecho que las oportunidades laborales para las personas de tercera edad vayan disminuyendo. Sin embargo, también se aprecia un cambio en cuanto a las actividades desempeñadas, considerando que una vez adquirida la jubilación, muchos adultos mayores incurren en negocios propios que les permitan continuar recibiendo una remuneración a la vez que mantenerse activos social y económicamente, contribuyendo a su bienestar físico - emocional.

Sin embargo, no todos los trabajos son beneficiosos para los adultos mayores, en relación a la actividad que desempeñan y a la condición física – psicológica que disponen, la misma puede representar o no potenciales peligros para su integridad física; sobre todo, cuando estos trabajos requieren fuerza constante, traslado de objetos o a su vez los expone a situaciones ambientales o propias del ámbito laboral, que puedan significar un peligro.

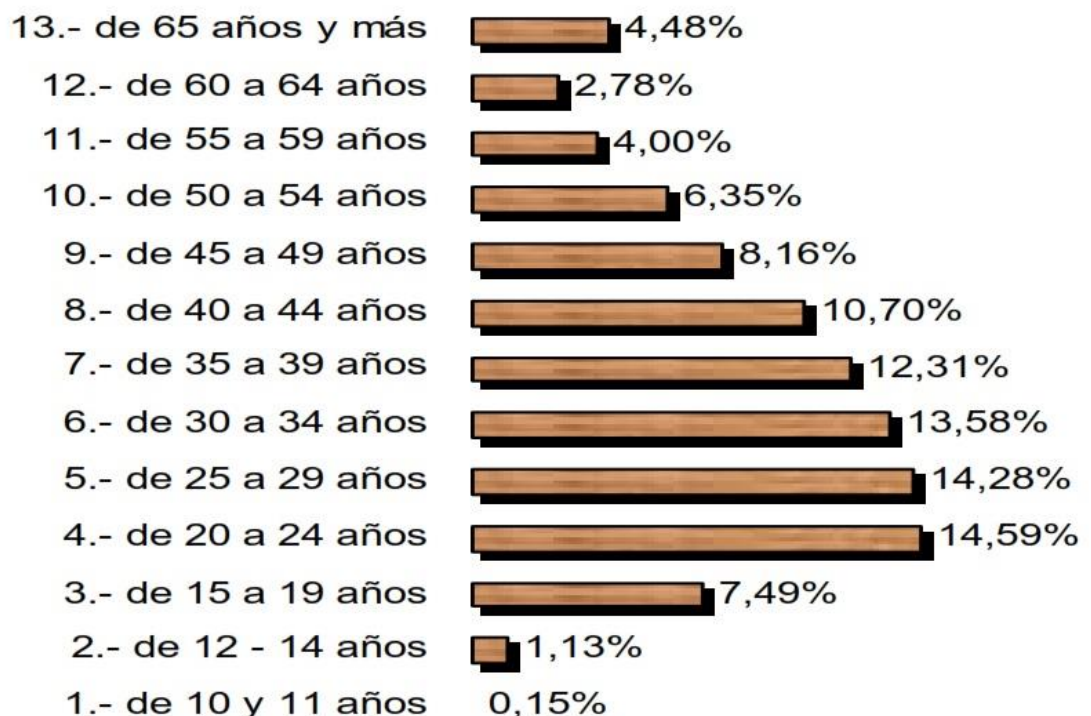
En consideración con las características ya descritas en los apartados anteriores acerca del proceso de envejecimiento; es evidente que las oportunidades laborales para los adultos mayores se van reduciendo. Por otro



lado, el beneficio que supone el continuar con actividades laborales genera en estas personas, desigualdad en el desempeño social y económico as, relegándolas a cierto tipo de actividades y excluyéndolas de otras para las cuales se considera, ya no están aptos, autores como Pabón (2012) refieren que el envejecimiento es potenciado por la concepción socio-económica, por la condición de haber superado los sesenta años (34).

En el caso de Ecuador se estima que un 4,48% de personas mayores de 65 años de edad y un 2,78% para personas con edades comprendidas entre 60 a 64 años; es decir, un porcentaje acumulado de 7,26% adultos mayores desempeñan actividades laborales; un alto porcentaje desempeñan actividades de carácter informal (35); estos datos corresponden a las zonas urbanas y son brindados por el INEC, según el censo del año 2010, como se muestra en el gráfico 1.

Gráfico 1: Participación porcentual de población económicamente activa según grupo de edad



Fuente: INEC (2010)



Por un lado, el no tener acceso a un trabajo formal, con garantías de seguridad, y por otro, la condición de envejecimiento, les expone a riesgos inherentes a la actividad laboral que desempeñan. En este marco, Montaña, et al. (2013) señala que el adulto mayor está expuesto a riesgos inherentes al ambiente de trabajo. A continuación se describen los riesgos:

2.3.3 Riesgos a los que están expuestos

Los ancianos son susceptibles a condiciones laborales peligrosas potenciales, determinados por el ambiente laboral y por el déficit de existencia o falta de usos de medidas de seguridad necesarias, por lo que el trabajo en estas condiciones puede representar un riesgo para la salud.

De acuerdo a Montaña et al (2013), el trabajo tiene la potencialidad de causar daños en aspectos físicos, sociales psicológicos y materiales; estos daños son el resultado de múltiples factores que convergen en las condiciones laborales, llegando a representar peligro para el adulto mayor (33).

Cabe considerar que sobre los factores de riesgo y los plus que genera la actividad laboral, existen diferentes puntos de vista, Guerrero y Yépez (2015) en Colombia, indica que los adultos mayores que ejercen actividades laborales informales, tienen una percepción positiva de su desempeño y actividad, considerándose autosuficientes y siendo esta actividad un aporte significativo para promover el envejecimiento activo (36).

Por otro lado, el estudio planteado por Mikel (2011), en España, analiza específicamente las situaciones de riesgo en los ámbitos laborales para personas adultas mayores; trabajo en el cual se indica que la situación de riesgo está caracterizada por múltiples factores, ámbito laboral en el que se desenvuelve la persona. Así, por ejemplo, es recomendable e incluso sucede, que muchas personas cuyo trabajo es de oficina, o afines, están capacitados para continuar laborando, inclusive hasta alcanzar los setenta años; lo que no sucede en casos laborales de mayor actividad y exposición a riesgos, por



ejemplo, en la enfermería; razón por la que los adultos prefieren alcanzar su jubilación y cambiar de actividad laboral.

En este plano, se entiende que el riesgo laboral está estrechamente ligado a la actividad. En este apartado se describen los factores potencialmente peligrosos para los adultos mayores, que pueden encontrarse en los distintos ámbitos de desempeño laboral.

Los factores de riesgo pueden ser inherentes al ambiente de trabajo y son físico, químico, biológico, ergonómico y ambiental; estos factores están presentes durante la actividad laboral y tienen la potencialidad de afectar la salud de quienes laboran, sobre todo cuando existe amplia exposición.

En cuanto a los factores físicos, pueden ser de tipo material, se refieren a los materiales requeridos para ejercer una actividad laboral, independientemente de quien haga uso de estos materiales. En el caso de adultos mayores, sobre todo en zonas rurales, muchos de ellos están expuestos a riesgo material considerando el uso de herramientas para actividades como el agro, o el cuidado de animales mayores.

El riesgo de exposición química y biológica se da cuando en el ámbito laboral existe contacto con cierto tipo de sustancias y no se toman las medidas de seguridad adecuadas. Los riesgos químicos pueden estar presentes en actividades cotidianas; considerando el uso de elementos que pueden tener potencial peligro cuando son mal utilizados, en el entorno del hogar. También el riesgo químico se encuentra en ámbitos laborales como la actividad agrícola, al estar en contacto con fertilizantes y sustancias afines. De igual manera, el cuidado de animales puede representar un riesgo de exposición biológica, considerando las múltiples enfermedades que pueden ser transmitidas, sobre todo cuando no se toman las precauciones necesarias, ni se dispone de medidas de seguridad recomendadas.



Las sustancias químicas contaminantes pueden ser inflamables, corrosivas, irritantes y tóxicas; las vías de contaminación pueden ser varias, ya sea de forma inhalatoria, cuando ingresan por el ambiente a través de la respiración; dérmica, cuando el contaminante entra por el contacto con la piel y digestiva cuando la sustancia contaminante ingresa a través de la cavidad bucal (33). El nivel de contaminación estará en función del grado de peligrosidad del elemento químico contaminante representa para el adulto; pudiendo existir, inclusive peligro de muerte con la exposición a determinadas sustancias.

Por otro lado, la contaminación biológica puede darse en dos tipos de casos, transmitida de animal a persona, de persona a persona, o directamente del ambiente. De acuerdo a Montaña, et al (2013), las actividades que representan peligro de contagio biológico están relacionadas con: actividades agrícolas, crianza y cuidado de animales, ganadería, trabajos en lugares de atención pública donde se atiende a personas con enfermedades, servicios dentales, etc. Muchas de estas enfermedades son de carácter infecciosas y pueden variar desde una simple gripe, que no generará mayores complicaciones, hasta transmisión de virus como VIH (37).

En referencia a los factores de riesgo ambientales, pueden ser: condiciones de temperatura, ruido, iluminación y vibraciones.

La temperatura representa un riesgo cuando es demasiado alta o demasiado baja. Las temperaturas altas son riesgosas cuando estas exceden los 38 grados Celsius; representan un riesgo para la vida de la persona. Las temperaturas elevadas pueden darse en lugares abiertos; por ende, estas temperaturas serán directamente del clima en donde se labora; o, en lugares cerrados. En el caso de lugares cerrados, la temperatura puede ser controlada y se deberán diseñar suficientes ventilaciones para evitar la sofocación de los trabajadores; también, el frío puede representar un riesgo a la salud de los adultos mayores, considerando que los mecanismos de regulación de la temperatura corporal, en en ellos, están reducidos, por lo que su actuación no



es del todo eficiente, pudiendo provocar un descenso en la temperatura normal del cuerpo (33).

En cuanto a los riesgos ergonómicos, se refiere a las posiciones laborales en relación con los medios de trabajo, cuando estos no están ergonómicamente diseñados, representan también riesgos de lesiones en el cuerpo. Los riesgos ergonómicos, pueden ser de tipo mecánico, de postura, riesgos relacionados con la actividad laboral y la operatividad.

Medidas de prevención

Las medidas están orientados a garantizar la prevención de accidentes en los entornos laborales y brindar seguros.

En las personas adultas mayores los riesgos se incrementan, cuando realizan su actividad laboral estando solos; ya que no tienen quien les brinde ayuda puntual, en función de evitar riesgos; por lo que la principal fuente de prevención de accidentes, es la compañía y las actividades asistidas.

La prevención de accidentes se lleva a cabo en base a estudios específicos que permitan en primera instancia, determinar los potenciales riesgos de la actividad laboral, para posteriormente cubrir esos riesgos con las medidas de seguridad pertinentes.

Considerando que gran parte de adultos mayores en el contexto nacional, se dedican a actividades cotidianas, del hogar, comercios menores, cuidado de animales, agricultura; se enumeran algunos equipos de protección comunes en el trabajo.

- Cascos
- Protección auditiva
- Cinturón para la espalda
- Guantes



- Calzado especializado al tipo de actividad
- Sombreros (en trabajos de larga exposición al sol y factores ambientales)
- Ropa de protección: ajustada al tipo de actividad que se desempeña.

2.3.4 Alimentación

La alimentación condiciona directamente el estado de salud, porque permite recuperar la fuerza de trabajo y la regeneración celular, por lo que sus hábitos alimenticios deben estar orientados a compensar esos cambios, de manera que contribuya a contrarrestar esos cambios fisiológicos, generalmente de carácter degenerativo.

La modificación de la dieta en adultos mayores, es complicada, considerando que se tiene una percepción ya estructurada de lo que “se debe comer” sumado a la variación del apetito, el cual se ve reducido, por lo que la falta de alimento puede acelerar el deterioro en la vejez; por lo que es necesario que la alimentación de los adultos mayores se realice en compañía y bajo la supervisión de otras personas.

El instituto SERNAC, de Chile, sugiere una tabla de consumo de alimentos para el adulto mayor.



Tabla N°1 Recomendación de consumo de alimentos para el adulto mayor

Aspectos de la alimentación	Recomendaciones de consumo
Carnes	- Reemplace las carnes rojas por legumbres, carne vegetal, huevos, jurel, atún o salmón en conserva. - Al comprar carne, elija la que tiene menos grasa. No compre huesos porque no alimentan.
Huevos	Consuma 1 a 2 huevos en la semana.
Fibra	Aumente el consumo de alimentos ricos en fibra, como legumbres, frutas y verduras crudas, pan y cereales integrales. La fibra de los alimentos ayuda a bajar el colesterol y mejora la digestión.
Agua	Beba agua en los intervalos de las comidas, 6 a 8 vasos en el día.
Sal	Lave los alimentos que contienen mayor cantidad de sal como: aceitunas, atún en conserva, etc.
Te y café	Disminuya el consumo de té y café, porque alteran el sueño y son diuréticos, es decir contribuyen a la deshidratación, en especial cuando se toma poco líquido.
Alcohol	Si toma bebidas alcohólicas, disminuya su consumo a no más de una copa de vino tinto al día. El alcohol modifica el efecto de los medicamentos, aumenta el riesgo de accidentes, caídas y fracturas y eleva la presión sanguínea.
Hábitos	- Coma lento, mastique bien - Si tiene problemas para masticar, coma la carne molida y las verduras y frutas ralladas o cocidas. - Coma en lo posible 4 comidas al día.

Fuente: SERNAC, Departamento de Estudios, 2004.

La alimentación condiciona la calidad de vida de las personas; por lo que debe hacerse un uso adecuado; contribuyendo de esta manera a disminuir el riesgo de padecer enfermedades; una dieta saludable y equilibrada, es lo que se considera una buena alimentación y es inherente a una buena calidad de vida.

En el otro extremo, la falta de alimentos, las escasas comidas diarias y el excesivo tiempo que algunas personas pasan sin probar alimentos, contribuyen a la aparición de enfermedades y disminuyen la calidad de vida de los adultos mayores (38).



2.3.5 Educación

La educación es considerada como una necesidad básica del ser humano un indicador de la forma o calidad de vida, la incorporación de esta en la vida de los adultos mayores resulta estimulante y contribuye a retrasar el envejecimiento cerebral; evitando la pérdida de memoria y lentitud en los procesos de aprendizaje, por lo que es recomendable fomentar el aprendizaje, estudio, lectura, memorización, como un ejercicio mental que contribuye a la satisfacción del adulto y a prevenir el deterioro cognitivo (39).

El nivel educativo y la escolaridad de los adultos mayores resultan determinantes para la aplicación del ejercicio cerebral; por lo que los niveles académicos generan mayor probabilidad de desarrollar hábitos como la lectura, que contribuyen a la salud fisiológica por incremento de las actividades neuronales y emocionales del adulto mayor (40).

En el Ecuador, el nivel de escolaridad de los adultos mayores es significativamente bajos, según datos proporcionados por el INEC, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, de acuerdo al censo del año 2010, solamente el 13% de hombres y el 11% de mujeres han alcanzado un grado de escolaridad de secundaria y apenas el 54% ha completado los estudios primarios; existiendo porcentajes altos de analfabetismo. (41).

2.3.6 Recreación

Son los periodos de ocio o descanso, que también permiten recuperar y restaurar las funciones forma parte del consumo simple, resulta fundamental en los adultos mayores porque se convierte en una forma de apoyo social, para el adulto mayor, porque le proporciona un beneficio emocional, fisiológico; previniendo el deterioro de algunas funciones.



Según Ruiz y Goyes (2015), los adultos mayores que realizan actividades recreativas, no pierden su capacidad de socialización porque se constituyen en redes de apoyo informativo mejorando su calidad de vida. En este marco, la recreación es fundamental e inclusive, es un vehículo de aprendizaje generando otros beneficios fisiológicos como la estimulación del apetito (42).

La recreación en forma de actividad física, debe ser controlada porque cualquier exceso puede producir lesiones corporales. La recreación también debe estar asociada a medios de promoción cultural como el cine, la música, el teatro, estas formas de distracción contribuyen a mejorar la subjetividad de los adultos. La investigación de Gaia, M. (2015), sobre acceso a formas de recreación culturales, garantiza una vivencia emocional más equilibrada y una percepción positiva de la calidad de vida de los adultos mayores (43).

2.3.7 Perfil de salud – enfermedad

El perfil de salud indica la situación de salud de una población, en un contexto geográfico. El perfil de salud del Ecuador, está descrito en base a la esperanza de vida del país, factores de morbilidad.

De acuerdo a los datos proporcionados por CEPA, la esperanza de vida en el país es de 72,7 años para los hombres y 78,7 para las mujeres (44). Esta tendencia de género se reproduce también en cuanto a los niveles de discapacidad, se evidencia que las mujeres tienen mayores niveles, con un 19% de mujeres y 13% de hombres afectados.

Las principales causas de muerte en el adulto mayor en el país, están dadas por neumonía, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardiaca e infarto de miocardio (45).

En referencia a los factores de morbilidad, se ha determinado que los padecimientos más comunes en la actualidad son: la hipertensión arterial, con un 40% de prevalencia, seguido por Diabetes Mellitus, con un 24% e



hipercolesterolemia, con un 20%. Estas enfermedades generan una tendencia de aumento de discapacidad en el adulto, así como contribuyen a que la persona se vaya volviendo dependiente (45).

El cambio de estilos de vida, la transición demográfica con incremento de adultos mayores; el cambio en los perfiles epidemiológicos a nivel nacional; como la reducción de la prevalencia de causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con trastornos infecciosos, desnutrición condiciones relacionadas con el embarazo; siendo reemplazados por enfermedades más “modernas”, de carácter degenerativo como trastornos cardíacos, hipertensivos, diabetes, enfermedades cerebro vasculares, problemas de salud mental y tumores cancerígenos.

Nutricionalmente, también ha existido cambios, considerando que actualmente existen problemas nutricionales como desnutrición, sobrepeso debido al cambio de hábitos alimenticios y por mejoramiento de las condiciones económicas (46).

Los adultos mayores pierden sus capacidades cognitivas con el paso de los años, existiendo datos, a nivel nacional que indican. que el deterioro cognitivo, avanza de un 8,8% en edades de 60 – 64 años, a un 35,7% en edades superiores a los 75 años (47). Freire, et al. (2010), afirma que estos valores son más frecuentes todavía, en la Sierra rural; alcanzando un 36,1% de la totalidad de los casos, incrementándose en mujeres, con una probabilidad del 44,1% en relación a los hombres que muestran un 27,1%; relación que se reproduce a nivel nacional, considerándose al sexo femenino como un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, sobre todo cuando ha superado los 75 años de edad (46).

La prevalencia de trastornos Psicológicos a nivel nacional indica que el 39,7% de adultos mayores es proclive a padecer este tipo de trastornos; siendo más frecuente cuando están ligadas a condiciones de pobreza e indigencia (casi el 90% de los casos) (47).



Según la Organización Mundial de la Salud, las principales causas de muerte en el Ecuador, son los problemas metabólicos, afecciones respiratorias, accidentes de tránsito y enfermedades sin embargo, se considera que este tipo de enfermedades pueden reducirse en su nivel de afección, ofreciendo una mayor esperanza de vida. (48).

Almeida y Valla (2017) indican que la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una de las principales causas de morbimortalidad en los adultos mayores; este riesgo de adquirir la enfermedad infecciosa se multiplica por cuatro en personas que superan los 65 años de edad. En Ecuador de acuerdo a datos del INEC, la mortalidad por esta causa representó un 5,4% de las muertes en adultos mayores en el año 2012; en los adultos mayores es la neumonía atípica la que se presenta con mayor frecuencia, siendo la principal causa de ingresos hospitalarios en este grupo etario (49).

2.4 Apoyo Social

El concepto de apoyo social se refiere a la creación de lazos sociales, relaciones y extenderlas en base a la experiencia de vida a situaciones cotidianas; es algo inherente a todos los seres humanos; Pérez, J. y Daza, F.; indican que el apoyo social puede ser analizado desde múltiples contextos, destacando la importancia de los fenómenos psicológicos y fisiológicos de las personas que reciben o se benefician de este apoyo social (8).

Castillo, señala que el apoyo social es un tema cuya relevancia ha sido considerada apenas en las últimas décadas; sobre todo, considerando la forma en que incide en el bienestar de los individuos. De acuerdo a este autor, el apoyo social es “la forma en que los lazos se estructuran como sistemas de apoyo” (p. 16) (7).

El apoyo social, puede ser definido desde múltiples perspectivas; Daen y Ensel entre los años 1986 y 1989; indican que el apoyo social se divide en



niveles macro, medio y micro. El nivel macro según los autores se refiere al apoyo social brindado por la comunidad en general, proporcionando un sentido de pertenencia al contexto en el cual se desenvuelve la persona; el nivel meso, o medio es el apoyo social enfocado en las relaciones laborales; el nivel micro hace referencia a las relaciones consideradas íntimas y vínculos más estrechos familia y amigos. Estrella, plantea que el apoyo representa un beneficio sobre todo en el plano psicológico así que el autor define el apoyo social como un elemento que permite “reforzar su sentido de valía y ser querido, porque se percibe a sí mismo como un miembro aceptado de su grupo social” (p. 258) (9); además mejora la capacidad de afrontar problemáticas y reducir los niveles de estrés, también generan una mejor capacidad para afrontar enfermedades, etc. (10) (11). El apoyo social debe considerar los beneficios desde múltiples perspectivas y su correlación con varios factores.

Pérez y Daza (2006), define al apoyo social, como “la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas que permite a las personas creer que se preocupan por ellos, los quieren, son estimadas y valoradas, favoreciendo para transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, el respaldo de los valores, creencias de la persona, provisión de asistencia para la satisfacción de las necesidades sociales básicas a través de la interacción con los otros” (p. 2) (8).

Bajo esta consideración, se puede hablar de distintos niveles de implicación en el apoyo moral, económico, consecuentemente, Pérez y Daza indican que existen cuatro niveles de apoyo:

Nivel 1. - nivel más básico de apoyo, tiene una valor estructural, porque se refiere a la red de personas que forman parte del apoyo social, con el criterio personal de quien lo percibe.



Nivel 2. Contempla, la calidad de las relaciones y la forma en que estas generan bienestar psicológico a las personas involucradas.

Nivel 3. Se refiere a la ayuda percibida, comprende la consideración de las personas con las que se puede contar en situaciones problemáticas; es decir, las personas son capaces de brindar apoyo en cualquier situación.

Nivel 4. Este nivel se refiere a la “actualización de conductas de apoyo”; para garantizar la continuidad y la forma en que esas conductas se mantienen a través del tiempo.

2.5 Tipos de apoyo social

Los autores señalan que el apoyo social es multifactorial, puede dividirse en cuatro aspectos: emocional, instrumental, informativo, evaluativo.

2.5.1 Apoyo material

Son todas las cargas afectivas que provee la persona que brinda apoyo, dentro de estas están: cuidados, confianza, empatía, resultando altamente relevante para la persona que recibe este apoyo.(8)

2.5.2 Apoyo instrumental

El apoyo instrumental se refiere a las acciones de dar cuidados, proveer recursos, este apoyo es objetivo, tiene vinculación con el apoyo emocional, cuando es transmitido por amigos o familiares; generando beneficios psicológicos.



2.5.3 Apoyo informativo

El apoyo informativo hace referencia al acceso a las fuentes de información personal, cotidiana que tiene la persona del medio en el que la persona vive; esta información es útil para afrontar problemas.

2.5.4 Apoyo evaluativo

Guarda relación con el apoyo informativo, se lo define como el acceso a la información de la persona para ubicarse en un plano de relatividad; Pérez y Daza indican que este tipo de apoyo es relevante para la autoevaluación y la comparación social (8).

2.6 Fuentes de apoyo social

Las fuentes de apoyo social pueden ser diversas: pareja o cónyuge, compañeros, familiares, amigos, vecinos, jefes, supervisores, compañeros de trabajo, personal de servicios públicos, grupos de apoyo y profesionales de la salud y labor social (12). el apoyo que brindan las entidades, es de tipo instrumental, resultando útil, en función de la realidad socio-económica que enfrentan los adultos mayores.

Resulta pertinente considerar que la condición familiar, la proximidad de vivienda, (vecinos, comunidad), no significan directamente una fuente de apoyo social; ya que las características personales de cada uno de estos elementos condicionan el nivel de apoyo social. En este marco, factores como la empatía, son inherentes para una percepción adecuada de apoyo social (13).

2.7 Redes de apoyo social

De acuerdo a González y Restrepo (2010) el apoyo social ha cobrado relevancia, sobre todo en campos de estudio como la psicología,



humanidades, medicina; considerando su efecto positivo sobre las personas, estos autores señalan específicamente lo que se ha denominado como “efecto amortiguador”; haciendo referencia a que, en muchos de los casos, el contar con apoyo social, permite que los problemas o situaciones adversas que atraviesa la persona, sean menos dolorosas y sus efectos se reduzcan; por ello ha surgido el interés por el estudio específico de las redes de apoyo social; siendo estas, el número de personas o entidades con las que alguien puede contar en situaciones problemáticas (14).

Múltiples autores refieren que la conceptualización de redes sociales, responden a dos corrientes básicas de estudio, la anglosajona y latinoamericana (1) (2) (3). La anglosajona enfoca la importancia de la familia como red fundamental de apoyo en las personas adultas, en cambio la latinoamericana, desarrolla un enfoque antropológico sobre las redes sociales; centrado el apoyo en grupos de particular interés como migrantes, sectores populares, etc. Las redes latinoamericanas plantean que el apoyo debe ser emocional y económico, sobre todo en entornos en donde los recursos son limitados; éstas tienen tal relevancia que en muchos casos aseguran la supervivencia del adulto mayor al entorno social, sobre todo cuando este es hostil (1).

Las redes de apoyo social difieren de acuerdo al contexto busca brindar apoyo en función de las carencias sociales que presenta cada contexto; en los entornos anglosajones, se percibe mayor estabilidad económica, pero menos niveles afectivos; por su parte, el contexto latinoamericano maneja otra dinámica, afronta problemáticas como los índices de pobreza, movimientos migratorios, lo que dificultan la disponibilidad de redes de apoyo social sólidas; sobre todo, en lo que concierne al entorno familiar.

En el plano de la medicina, el apoyo social brindado por las redes es directamente proporcional al tamaño de la red. El tamaño de la red, es parte de la concepción subjetiva de la persona que percibe el apoyo, en este plano, autores como Cassel y Cobb, indican que es necesario considerar algunas



dimensiones relacionadas con el beneficio que generan en la salud, siendo sus características tamaño, densidad, reciprocidad, parentesco y homogeneidad (15).

El tamaño es el número de personas que conforman la red de apoyo; considera como centro al sujeto de estudio y alrededor de este se establece el número de relaciones que dispone; siendo proporcional directo al bienestar que generan.

La densidad de la red es la interconexión entre los miembros; representada por la cercanía de relación que se posee con los miembros este vínculo emocional demasiado estrecho (altamente denso), podría limitar la expansión de relaciones sociales; sobre todo, en casos de pérdidas o rupturas de relaciones altamente densas.

La reciprocidad indica la bidireccionalidad de la relación; es decir, no solamente se habla de que una de las partes (en el caso de estudio, el centro) recibe apoyo, sino que a la vez, este apoyo recibido es compensado. La reciprocidad permite la continuidad de las relaciones, inclusive, las enriquece emocionalmente ya que generan situaciones de equilibrio que permiten la duración de la relación de apoyo.

El parentesco indica la relación familiar existente entre los miembros que conforman la red, no siempre resulta positivo el grado de parentesco, ya que puede limitar ciertas actitudes. Una red considerada ideal, puede estar compuesta por pocos miembros familiares, pero sí por extensa variedad de amigos, en los que se puede confiar de mejor manera, aspectos que el sujeto que percibe el apoyo, considera que no pueden ser proveídos por el entorno familiar (16).



2.7.1 Redes de apoyo formal e informal

Las redes de apoyo social, pueden estar constituidas por distintos grupos sociales y personas; Guzmán y Huechan refieren que existen dos tipos de redes según su naturaleza y constitución. Las redes *formales* están constituidas por organismos estatales, fundaciones y entidades orientadas a realizar esta actividad; responden a obligaciones estatales. estas redes se enfocan en generar apoyo social, como respuesta a necesidades específicas consideradas por el gobierno dentro de un entorno social; las redes *informales* están conformadas por grupos de familiares, amigos, vecinos, y organismos de carácter particular. Este tipo de redes de apoyo social, difieren de las formales, porque no están orientadas a brindar un apoyo social; sin embargo, se caracterizan por contener vínculos afectivos significativos, de los que carecen las redes formales, su objetivo social es previo al conocimiento de la persona a quien se busca brindar apoyo.

Las redes formales e informales pueden brindar un apoyo social compartido, trabajar en conjunto, pero también pueden provocar efectos negativos como el incumplimiento de los objetivos; situación que generaría un detrimento en el apoyo emocional recibido por quienes se benefician del apoyo social (17).

2.8 Apoyo familiar en el adulto mayor

Zapata, et. al (2015) refiere que las familias representan el principal referente en el entorno social, existe una relación directa entre la relación familiar y el estado de salud de los adultos mayores (18).

Considerando la condición en la que los adultos mayores se van sometiendo, con el paso del tiempo y las limitaciones en su desempeño, Jáuregui et al. Indica que bajo este precepto, las familias tienen que estar preparadas para saber llevar la vejez de uno de sus miembros sin recurrir a la desintegración (19). Una de las opciones más claras que se brindan en el



entorno familiar, para garantizar la calidad de vida del adulto mayor, es necesario considerar la ayuda en el entorno doméstico; en este marco también se deben considerar las limitaciones y peligros a los que podrían estar expuestos; sin embargo, Miralles (2011) señala que este tipo de se mantenga en niveles óptimos para garantizar una vida digna, considerando que este tipo de actividades permite mantener tanto sus condiciones físicas como mentales.

La realidad de conservación de los adultos mayores en el entorno familiar, no se reproduce en todos los casos; muchos adultos mayores son asilados o viven parcialmente solos (en algunos casos, totalmente), existiendo vínculos limitados con el entorno familiar. El acompañamiento familiar, no siempre resulta una garantía para la calidad de vida, porque comienzan a ser dependientes para sobrellevar sus necesidades, generando tensiones que pueden significar maltrato físico, psicológico al adulto mayor.

En este marco, se evidencia que, con el paso del tiempo el entorno familiar no resulta suficiente para garantizar los cuidados que los adultos requieren, sumado al factor económico no pueden ser cubiertos por los familiares (20).



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar las redes de apoyo social-familiar y su influencia en las formas de vida de adultos mayores que asisten al Centro de Salud Cañar 2017.

3.2 Objetivos Específicos

- 1) Describir las características socio demográficas de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Cañar: edad, sexo, procedencia, residencia.
- 2) Identificar las formas de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Cañar.
- 3) Determinar los tipos de redes de apoyo familiar y social que reciben los adultos mayores.
- 4) Analizar la influencia de las redes en las formas de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Cañar.



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

El estudio fue observacional, descriptivo de corte transversal y correlacional permitió la descripción de la influencia de las redes de apoyo en la forma de vida de los adultos mayores.

4.2 Área de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la ciudad de Cañar. Específicamente, se focalizó el grupo de adultos mayores que asistieron al centro de Salud de Cañar.

4.3 Universo

El universo está constituido por 60 adultos mayores que asistían al Centro de Salud Cañar, por lo tanto, no se realizara calculo muestral.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

- Se incluyeron en el estudio a todas las personas que asistan o hayan asistido en los últimos seis meses al Centro de Salud Cañar.
- Serán excluidos los adultos mayores que no hayan firmado el consentimiento informado.

4.5 Operacionalización de variables

Variables

- Edad, Sexo, Residencia, Procedencia, Escolaridad.
- Redes de Apoyo familiar y Social.
- Formas de Vida: trabajo y Consumo



4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

4.6.1 Métodos

El método fue observacional; permito describir y analizar los resultados de la investigación.

4.6.2 Técnicas

Las técnicas cuantitativas utilizadas fueron: las encuestas para recolectar la información sobre las redes de apoyo familiar – social , formas de vida , trabajo, tipo de alimentación , vivienda , perfil salud enfermedad, etc.

Las técnicas cualitativas la observación, realizada durante 60 horas en las viviendas de los adultos mayores observandose las condiciones de vida.

4.6.3 Instrumentos

Se utilizó fichas de observación, formulario de encuesta con la finalidad de triangular la información.

4.7 Procedimientos

Autorización: Socializar el protocolo a las autoridades del Centro de Salud, los participantes de la investigación, para obtener la autorización de la unidad y el consentimiento informado de los adultos mayores.

Intervención: Se procederá a recoger los datos requeridos para el estudio en tiempos comprendidos entre los meses de diciembre 2017- marzo 2018; según los adultos dispongan.

Valoración: Posterior a la obtención de datos, los mismos serán clasificados y valorados.



4.8 Procesos de tabulación y análisis

El trabajo se enfocó en la aplicación de encuestas, aplicación de fichas de observación. Los datos obtenidos fueron cuantificados, por lo que se representaron en gráficos y tablas para su análisis estadístico.

El análisis de datos fue clasificado en aspectos socio-demográficos, relativos a las formas de vida, como trabajo, consumo, alimentación, recreación y perfiles de salud enfermedad, descripción de redes de apoyo social.

El procesamiento de la información se realizó en software estadístico SPSS y Microsoft Excel 2016, estableciendo la relación entre las variables estudiadas, el cruce de datos se validó con la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson, siendo representativos aquellos indicadores de verosimilitud, inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

4.9 Aspectos éticos

El estudio contó con la autorización del director del Centro de Salud de la ciudad de Cañar, para acceder y contactar la población que intervendrá en el estudio. El consentimiento informado. Se tabuló posteriormente, el grupo de apoyo social, y el grupo de formas de vida, clasificándola en “bajo, medio y alto”.

Los datos serán manejados con ética considerando la confidencialidad y protección de la privacidad de las personas entrevistadas.



Recursos Humanos

Directos:

Director: Lcda. Carmen Cabrera.Mgt

Autoras: Wendy Elizabeth Verdugo Cantos - Carmen Jeanneth Tenezaca
Villa

Asesor de tesis: Mgt. Carmen Cabrera
Adultos Mayores (sus familiares)

Indirectos:

Director del Centro de Salud

Enfermeras de apoyo



CAPÍTULO V

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La información recolectada, se distribuye de acuerdo a los objetivos planteados, y se presenta en forma de tablas, gráficos y textos narrativos.

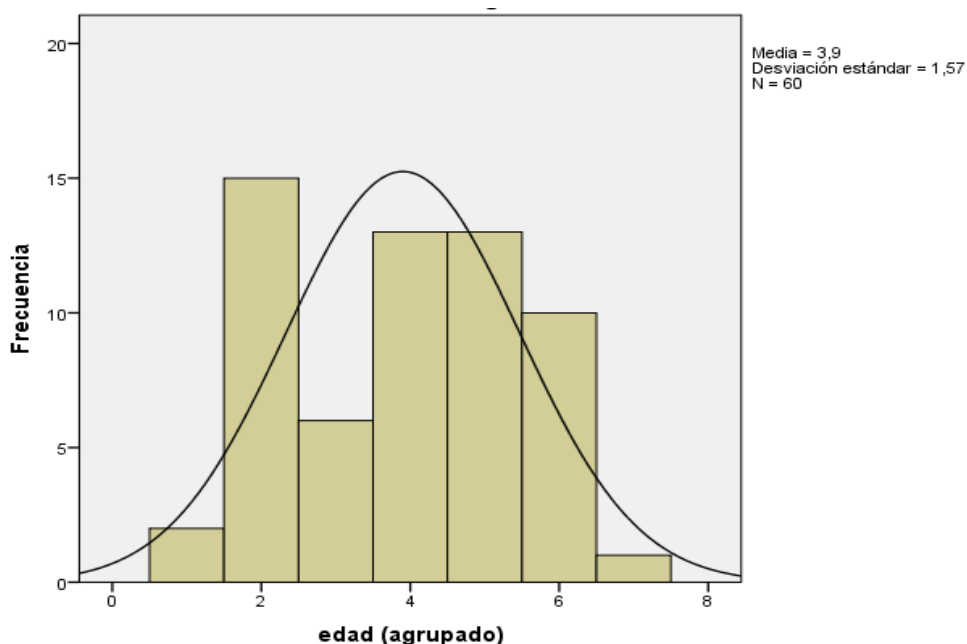
5.1 Características socio-demográficas

Tabla N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD CAÑAR 2017

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60 – 65	0	0,00%	2	3,33%	2	3,33%
66- 70	3	5,00%	12	20,00%	15	25,00%
71 – 75	1	1,67%	5	8,33%	6	10,00%
76 – 80	4	6,67%	9	15,00%	13	21,67%
81 – 85	3	5,00%	10	16,67%	13	21,67%
86 - 89	2	3,33%	8	13,33%	10	16,67%
90 o más	1	1,67%	0	0,00%	1	1,67%
Total	14	23,33%	46	76,67%	60	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD CAÑAR 2017

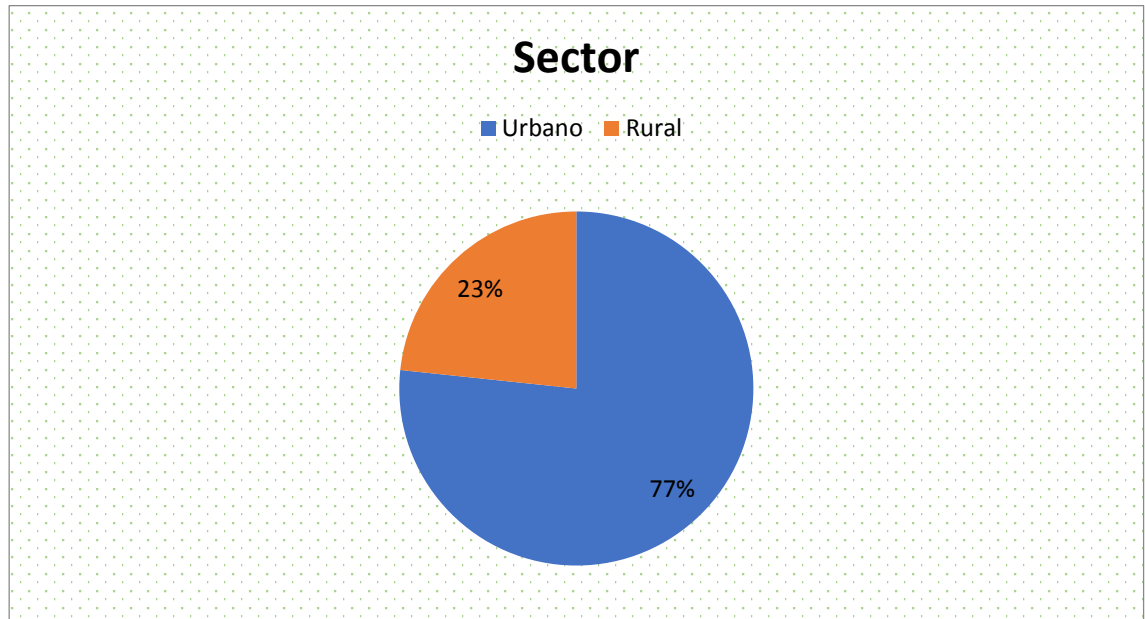
Fuente: Tabla N° 1

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El histograma muestra una distribución de edades que van desde los 60 años, hasta más de noventa. El histograma muestra una tendencia acumulativa de datos entre los grupos de edades que se encuentra entre los 75 y 84 años de edad; representando el porcentaje acumulado de estos grupos un 43,4% del total de la población estudiada. Los adultos mayores de noventa años están representados por una sola persona, que significa el 1,7% de la población. El 31,67% de adultos mayores de sexo femenino, se encuentran entre las edades de 76-85 años; el 11,67% del sexo masculino se encuentran también en estas edades. El incremento poblacional en cuanto a personas de la tercera edad, es una realidad que se reproduce a nivel mundial, sin ser Ecuador la excepción: el mayor porcentaje está sobre la media de esperanza de vida a nivel nacional.

GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR SEGÚN RESIDENCIA CAÑAR 2017



Fuente: Tabla N° 2

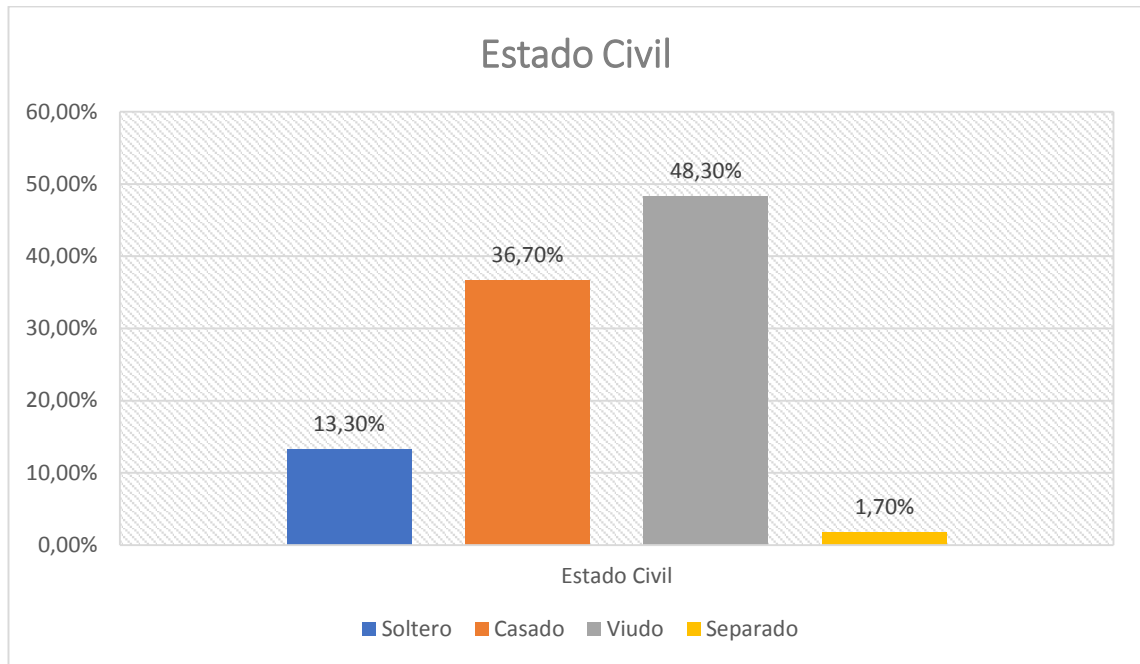
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 77% vive en la zona urbana mientras que el 23% vive en la zona rural del cantón; siendo un factor protector porque la vida en el sector urbano ofrece facilidades como acceso a fuentes de trabajo mayor probabilidad de acceso a redes de apoyo social, lo que no sucede con los casos que habitan en zonas rurales; ya que las viviendas se encuentran más distantes.



GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR SEGÚN ESTADO CIVIL CAÑAR 2017

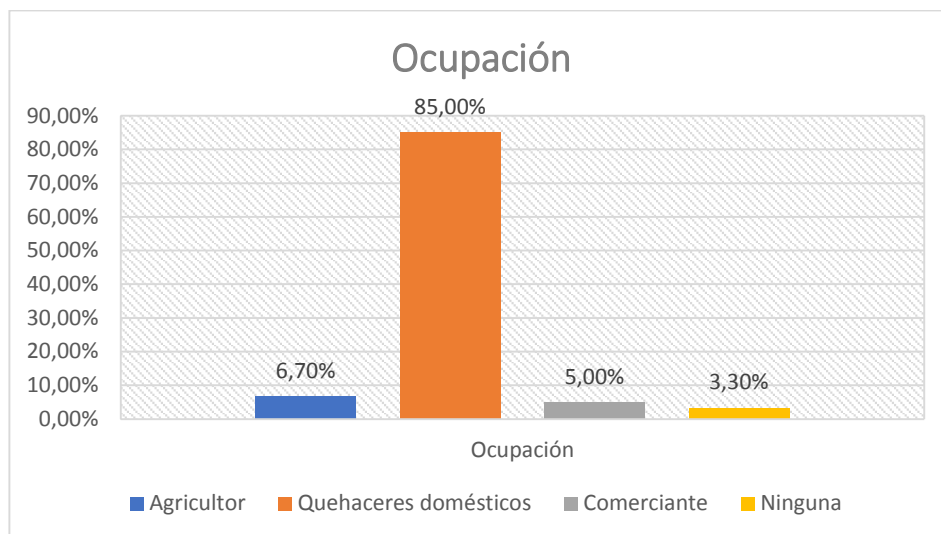


Fuente: Tabla N° 3
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 48,30% son viudos, el 36,70% se encuentran casados, un 13,30% solteros y 1,70% separados. La viudez muestra una frecuencia alta, situación que evidencia desgaste emocional por la pérdida una de las fuentes de mayor confianza en lo que el apoyo familiar se refiere.

GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN LA OCUPACIÓN CAÑAR 2017



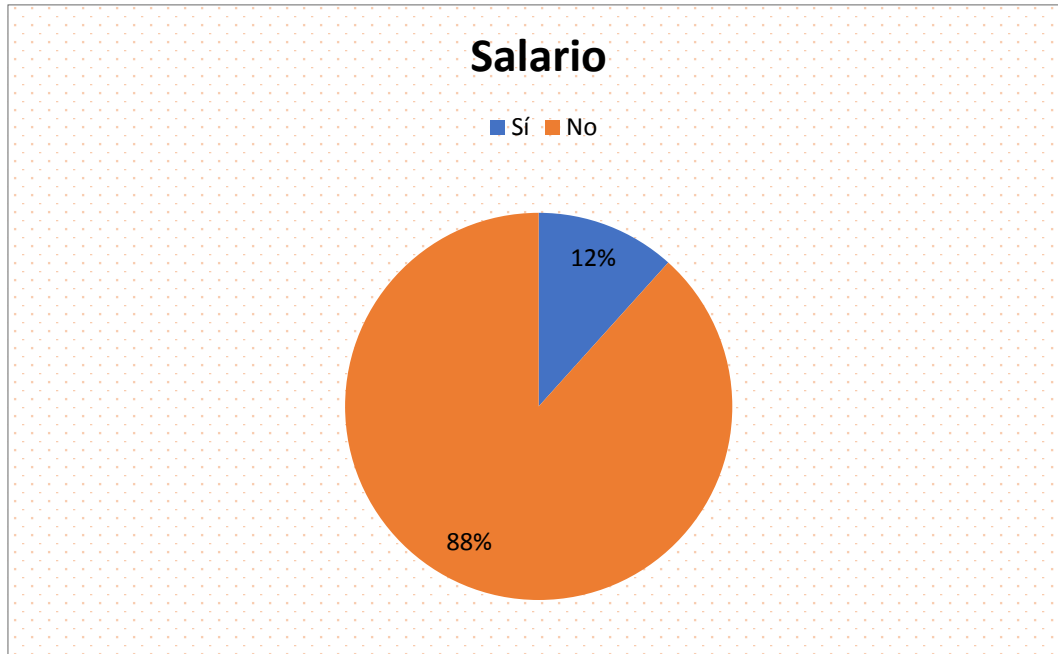
Fuente: Tabla N° 4

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 85% realiza actividades relacionadas con el quehacer doméstico, el 6,7% desarrolla actividades laborales como agricultura, el 5% se dedica al comercio y el 3,3% no realiza ningún tipo de actividad; el tipo de ocupación es un factor de riesgo por la exposición a procesos peligrosos si consideramos la condición física y mental de los adultos mayores.

GRÁFICO N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN EL SALARIO QUE RECIBEN CAÑAR 2017.



Fuente: Tabla N° 5
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 88% no recibe remuneración por sus actividades, solo el 12% recibe un salario; factor de riesgo porque no dispone de los medio para sobreviir, sin lograr cubrir sus necesidades básicas.

TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL Y SALARIO CAÑAR 2017

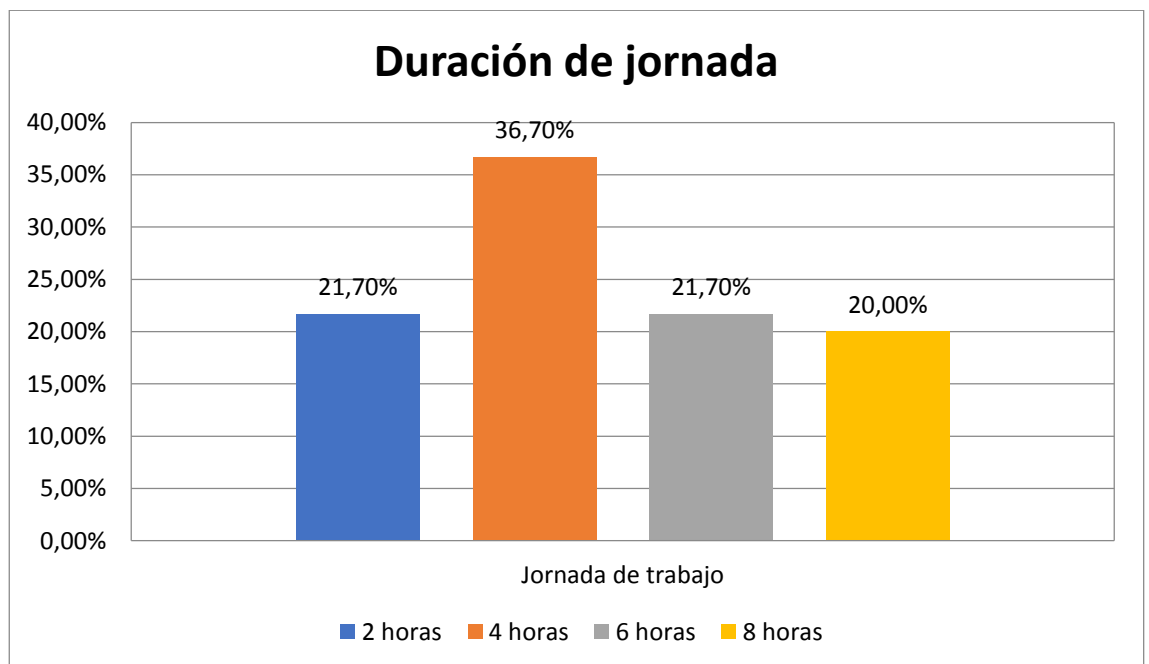
Ocupación		Salario		Total
		Sí	No	
Agricultor	Quehaceres domésticos	2	2	4
	Comerciante	2	49	51
	Ninguna	3	0	3
		0	2	2
Total		7	53	60

Fuente: Encuesta
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

La carencia de un salario genera relaciones de dependencia económica entre los adultos mayores y su círculo familiar pudiendo generar deterioro de la autoestima.

GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN DURACIÓN DE LA JORNADA DE TRABAJO CAÑAR 2017

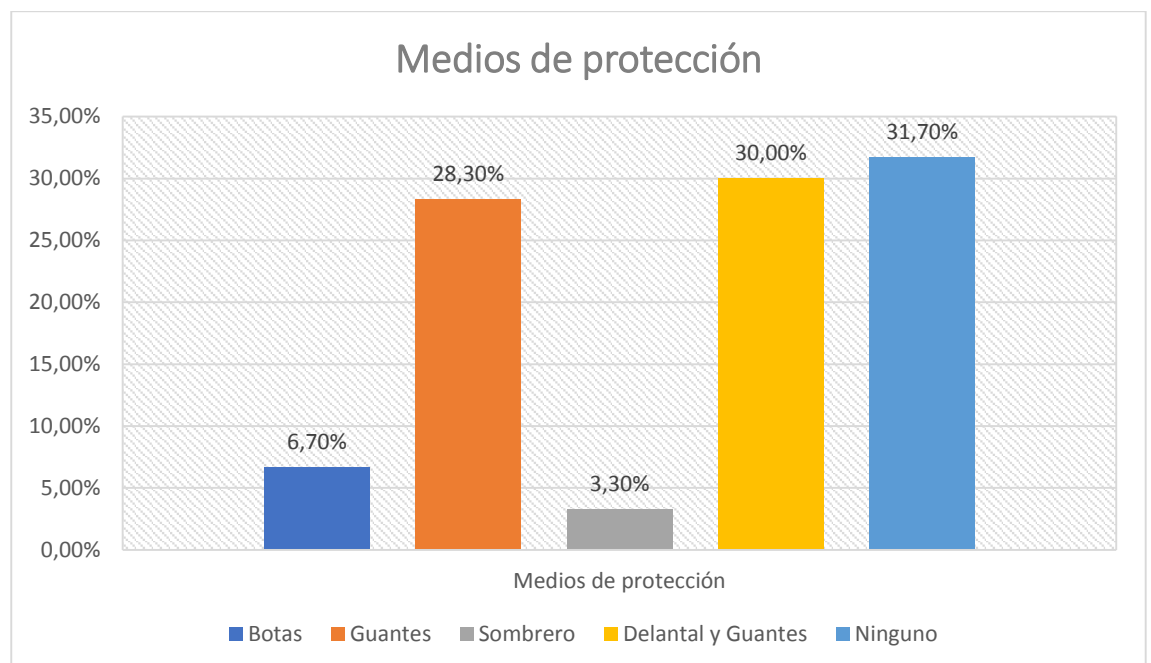


Fuente: Tabla N°6
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 36,7% tienen jornadas de 4 horas diarias, un 21,70% 6 horas y en la misma frecuencia, quienes laboran 2 horas; un 20% de adultos refiere dedicar 8 horas diarias a la actividad laboral. La mayoría de adultos mayores tiene una jornada corta de trabajo, factor protector porque esta acorde con la condición física actual, disminuyendo significativamente el riesgo de exposición a procesos peligrosos.

GRÁFICO N° 8 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN MEDIOS DE PROTECCIÓN UTILIZADOS CAÑAR 2017



Fuente: Tabla N° 7 Ficha de observación
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 31,70% de adultos mayores no utiliza ningún medio de protección, factor de riesgo para lesiones o enfermedades laborales, el 30% utiliza guantes y delantal, un 3,30% utiliza sombrero, un 28,3% utiliza guantes solamente, y un 6,7% utiliza botas; incrementa el riesgo de sufrir accidentes inherentes a la actividad laboral.



TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR, SEGÚN TENENCIA DE VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS CAÑAR 2017

SERVICIOS BÁSICOS	TENENCIA DE VIVIENDA						TOTAL	
	PROPIA		ARRENDADA		PRESTADA		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Agua	50	83,33%	5	8,33%	5	8,33%	60	100%
Luz	49	81,67%	5	8,33%	5	8,33%	59	98,3%
Teléfono	44	73,33%	3	5,00%	1	1,67%	48	80%
Alcantarillado	48	80,00%	4	6,67%	4	6,67%	56	93,3%
Otros	5	8,33%	0	0,00%	0	0,00%	5	8,3%

Fuente: Ficha de Observación

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 83,33% de los entrevistados posee una vivienda propia, un 8,33% arrienda la vivienda en donde reside y un 8,33% se radica en una vivienda prestada. Se muestra que la mayoría de adultos posee vivienda. En relación con los servicios básicos, todos los entrevistados poseen servicio de agua potable, el servicio de luz corresponde al 98,3% de los entrevistados, es decir, casi la totalidad salvo un caso que particularmente es de una de las personas que posee vivienda propia.

El servicio telefónico es también frecuente, del cual dispone un 80% de los entrevistados, 73,33% de quienes poseen vivienda propia, el 5% de quienes arriendan y 1,67% representado por quienes habitan una vivienda prestada.

El servicio de alcantarillado es también altamente frecuente, alcanzando el 93,3%; se da también el particular de que dos de quienes poseen vivienda propia no tienen alcantarillado, uno que arrienda y uno que vive en un domicilio prestado. Esto constituye un factor protector porque la vivienda es de buena calidad.



TABLA N° 5 : DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN TIPO DE VIVIENDA E INFRAESTRUCTURA CAÑAR 2017

Tipo de vivienda	Materiales de vivienda											
	Adobe		Bloque		Ladrillo		Bloque y ladrillo		Bahareque		Total	
Casa	16	26,67%	11	18,33%	9	15,00%	15	25,00%	5	8,33%	56	93,33%
Villa	2	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	3,33%
Departamento	0	0,00%	2	3,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	3,33%
Total	18	30,00%	13	21,67%	9	15,00%	15	25,00%	5	8,33%	60	100,00%

Fuente: Ficha de Observación

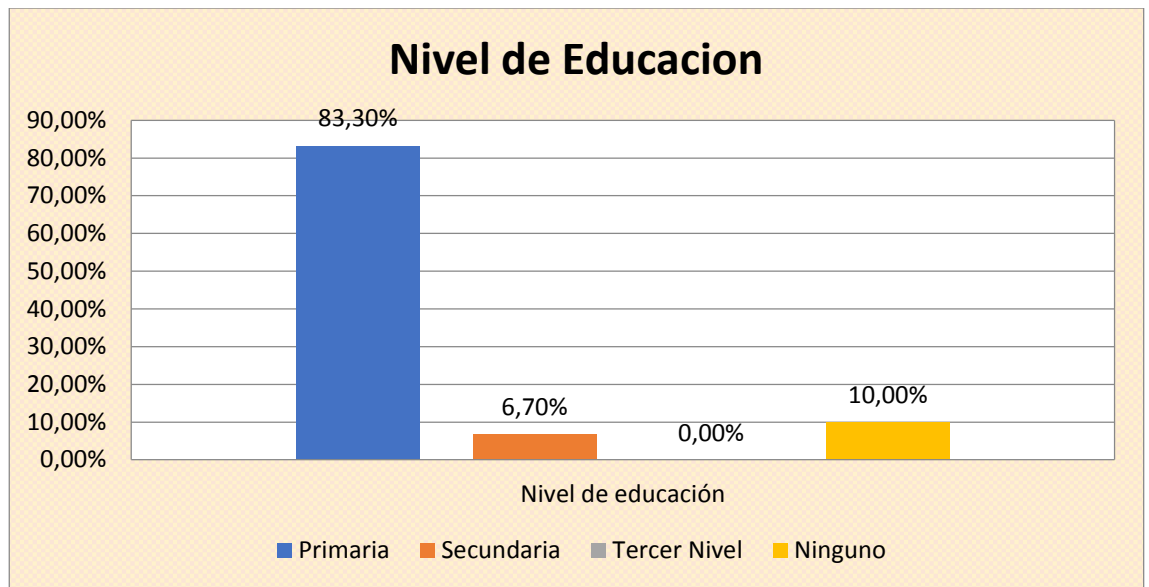
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

En referencia al tipo de vivienda, se determina que 93,33% vive en una vivienda tipo casa, y un 3,33% habita en un departamento. Las viviendas, son en su mayoría de ladrillo (21,67%), y mixtos (25%); por otro lado, la prevalencia del uso de materiales como adobe y bahareque no es una cifra despreciable, De acuerdo al MIES 20% de adultos mayores habita viviendas precarias con carencias estructurales y de servicios básicos. Las visitas de observación a la residencia de las personas adultas, permitieron constatar las condiciones de pobreza, pero no existe precariedad en relación con la vivienda, por cuanto cuentan con servicios básicos y les permiten el protegerse de las inclemencias climáticas, generalmente frías en Cañar.



GRÁFICO N° 9 : DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN CAÑAR 2017

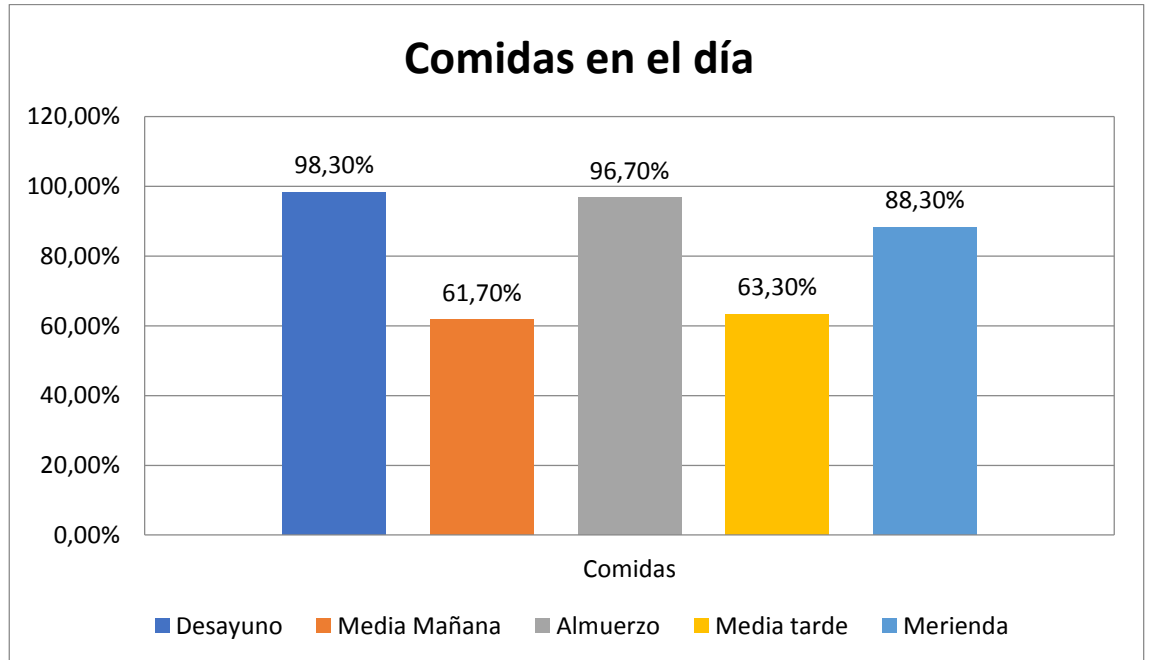


Fuente: Tabla N° 8
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 83,3% tiene educación primaria, sumado al 10% que no tiene ningún tipo de educación nos da un porcentaje de 93,3% de adultos mayores con baja escolaridad según la Unesco, que considera hasta la educación general básica; esto constituye un proceso peligroso porque limita su acceso al autocuidado, a la Educación para la salud; volviendolo vulnerable e incrementando la posibilidad de enfermedad y restringiendo su acceso a la prevención secundaria.

GRÁFICO N° 10: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN FRECUENCIA DE ALIMENTACION CAÑAR 2017



Fuente: Tabla N° 9

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 94,4%, se alimenta tres veces al día, el 62,5 % se alimentan cinco veces en el día, en promedio el 7,1% ingieren una sola comida en el día; esto constituye un proceso peligroso para la salud, un indicador de la calidad de vida, porque la dieta ideal necesaria en adultos mayores, recomienda 5 comidas diarias en lapsos de 3 horas cada comida, de manera que se aproveche los nutrientes alimenticios que permitan un trabajo metabólico equilibrado. La falta de estas cinco comidas diarias implican por un lado, desorden en los hábitos alimenticios, que pueden desencadenar en la aparición de enfermedades como obesidad, o desnutrición, dependiendo el caso.



TABLA N°6: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN FRECUENCIA Y TIPO DE ALIMENTOS CAÑAR 2017

Tipo de alimentos	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		RARA VEZ		NUNCA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Carbohidratos	43	71.7%	17	28.3%	0	0%	0	0%
Hortalizas – verduras	37	61.7%	19	31.7%	4	6.7%	0	0%
Frutas	33	55%	21	35%	6	10%	0	0%
Lácteos	24	40%	25	41.7%	9	15%	2	3.3%
Legumbres	32	53.3%	21	35%	6	10%	1	1.7%
Carnes	32	53.3%	20	33.3%	6	10%	2	3.3%
Embutidos	7	11.7%	17	28.3%	21	35%	15	25%
Mariscos	8	13.3%	14	23.3%	21	35%	17	28.3%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 71,7% indican que los alimentos que predominan en su dieta son los carbohidratos, en menor frecuencia los alimentos que contienen otros micronutrientes como proteínas, minerales, oligoelementos, vitaminas; transformando su dieta en hipercarbonada, constituyéndose en un proceso peligroso, porque si bien son necesarios los carbohidratos para el metabolismo celular su exceso en la dieta se transforma en grasas que se depositan en las paredes de los vasos sanguíneos, disminuyendo la resistencia periférica; por lo que una dieta balanceada implica un equilibrio entre carbohidratos, proteínas (carnes), vitaminas (frutas, legumbres) y minerales; acompañados de fibra, que también se encuentra en las frutas.



TABLA N° 7 : DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN ACCESO A RECREACION CAÑAR 2017

Motivación	Actividades recreativas					
	Caminatas		Gimnasia		Bailoterapia	
Por obligación	7	11.7%	7	11.7%	4	6.7%
Por recreación	21	35%	21	35%	31	51.7%
Ninguna	32	53%	32	53%	24	41.7%
TOTAL	60	100%	60	100%	60	100%

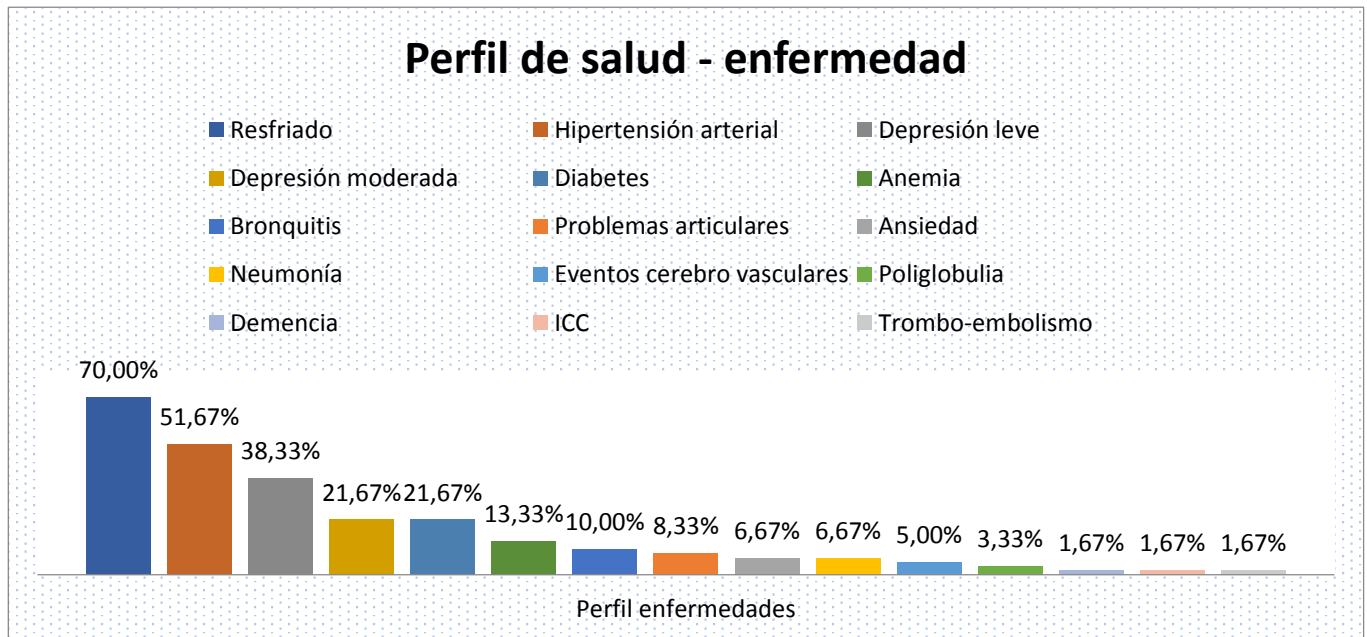
Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

En promedio el 53,43% no tiene acceso a ningun tipo de recreación, lo que constituye un proceso peligroso, porque la recreación permite mantener ciertas funciones corporales, es una forma de liberar estrés y de relacionarse con otras personas, pudiendo afectar su salud mental y fisica; el 40,43% tiene acceso a la bailoterapia, como una forma de recreación, las actividades recreativas generan beneficio tanto físico como cognitivo y emocional, en los adultos mayores, como en todos los grupos etarios, en cambio el 6,98% lo realiza por obligación..

GRÁFICO N° 11 : DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR SEGÚN PERFIL DE SALUD – ENFERMEDAD CAÑAR 2017



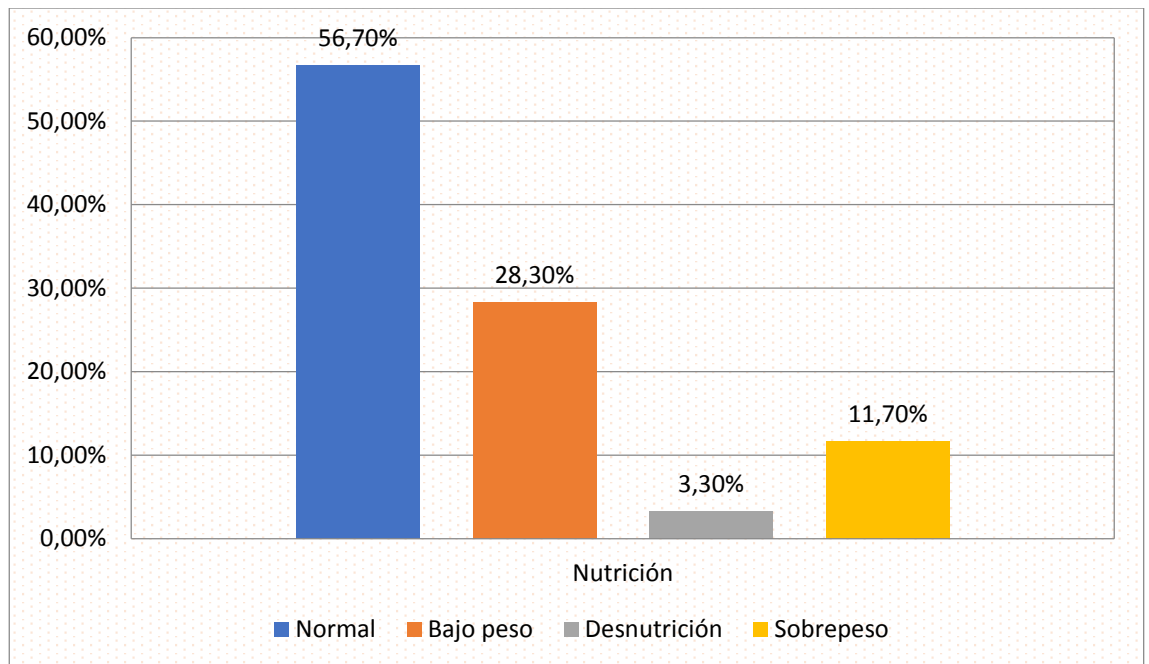
Fuente: Tabla N° 10
 Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El perfil de Salud Enfermedad característico está representado por IRA en el 71,7%; hipertensión arterial, 51,7%, depresión leve y moderada, alcanzan un acumulado de 60,3%, diabetes 21,7%, anemia, con un 13,3% de casos, y problemas vasculares 8,3%, entre los más significativos. Como se observa el perfil de salud – enfermedad, es el resultante de las formas de vida que tienen los adultos mayores.



GRÁFICO N° 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL CAÑAR 2017

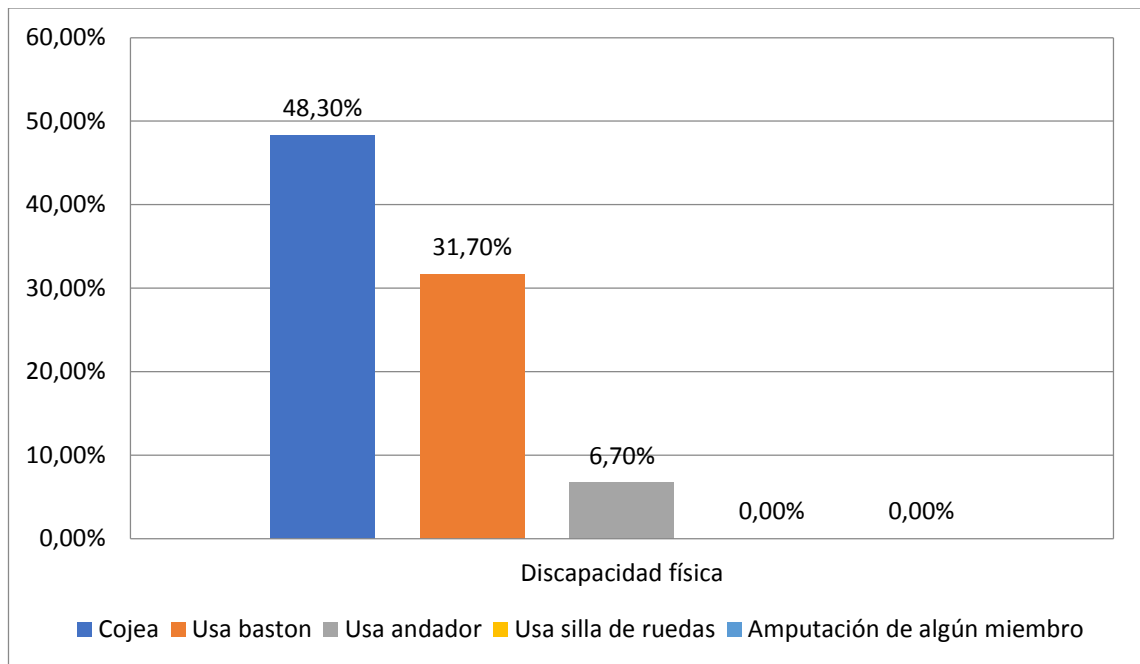


Fuente: Tabla N° 11
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

En cuanto al estado nutricional, se evidencia que un 56,7% posee un estado nutricional normal, un 28,3% bajo peso, el 3,3% desnutrición; el 11,70% posee sobrepeso. El estado nutricional de los adultos mayores está directamente condicionado con las formas de alimentación que llevan.

GRÁFICO N° 13: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR SEGÚN DISCAPACIDADES FÍSICAS CAÑAR 2017



Fuente: Tabla N° 12 Ficha de Observación
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

La observación permitió determinar que el 48,3% tiene dificultades de movilización por que cojea, el 31,7% utiliza bastón y un 6,7% utiliza andador; proceso peligroso porque las discapacidades físicas condicionan el desempeño normal de los adultos mayores, limitándolos en ciertas funciones; la condición de cojear o el uso de bastón, indica la presencia de una lesión articular, muscular u óseo; complicaciones que con el paso del tiempo aparecen y estan en relación con los nuevas características físicas del adulto mayor, pudiendo colocarle en situación de riesgo para su integridad.



6.2 Redes de apoyos formales e informales

TABLA N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR SEGÚN APOYO DE REDES FORMALES E INFORMALES CAÑAR 2017

	Redes formales												Redes informales					
	Redes familiares						Redes sociales						Amistades	Club	Vecinos			
	Cónyuge	Hijos	Nietos	Entidades	Fundaciones	Asilos	Asilos	Amistades	Club	Vecinos								
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sí	25	41,7	46	76,7	40	66,7	36	60	13	21,7	2	3,3	49	81,7	18	30	46	76,7
No	35	58,3	14	23,3	20	33,3	24	40	47	78,3	58	96,7	11	18,3	42	70	14	23,3
Total	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100	60	100

Fuente: Encuesta
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 81,7% de adultos mayores cuenta con amistades como redes de apoyo, estas redes se consideran como informales porque quien les apoyan son sus amigos; en cambio las redes formales representadas por los hijos, nietos, con un 66,7% y el apoyo conyugal, con una frecuencia 41,7%. Se muestra, por el contrario, que el apoyo recibido por parte de asilos es menos frecuente; existiendo una prevalencia del 3,3% de personas que reciben apoyo de estas entidades.



6.3 Tipos de apoyo familiar

TABLA N°9: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR SEGÚN TIPOS DE APOYO FAMILIAR QUE RECIBEN CAÑAR 2017

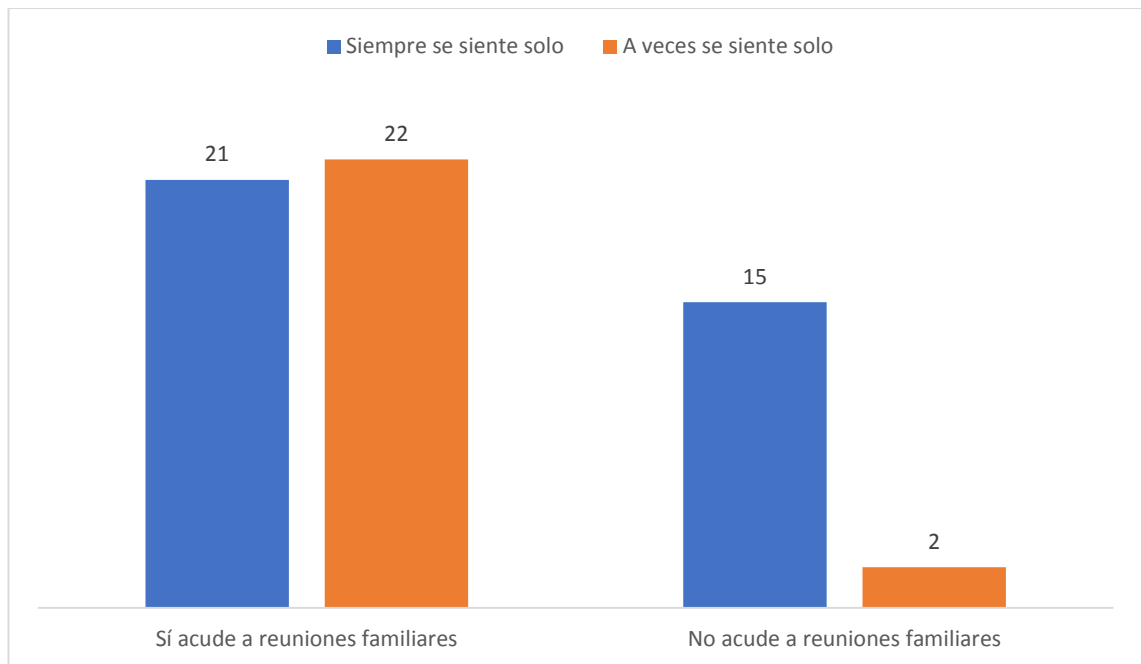
Indicadores	Siempre		Casi siempre		Rara vez		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Apoyo económico	26	43.3	5	8.3	12	20	17	28.3
Sustento Propio	36	60	8	13.3	1	1.7	15	25
Bono de desarrollo	24	40	2	3.3	0	0	34	56.7
Vecinos, allegados	43	71.7	11	18.3	6	10	0	0
Damiliar	37	61.7	13	21.7	9	15	1	1.7
Grupos organizados	36	60	10	16.7	3	5.0	11	18.3
MIES	3	5	5	8.3	2	3.3	50	83.3

Fuente: Encuesta
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

El 60% indica auto sustentarse económicamente, el 43,3% reciben apoyo económico de parte de redes informales. La relación entre amigos y vecinos sigue siendo uno de los principales apoyos emocionales, con una prevalencia del 71,7% de adultos, es de destacar la carencia de asistencia instrumental por parte de entidades públicas o privadas, considerando que el 83,3% refiere nunca haber recibido visitas por parte de ellas.

GRÁFICO N° 14: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN ASISTENCIA A REUNIONES FAMILIARES O GRUPALES Y PERCEPCIÓN DE SOLEDAD CAÑAR 2017



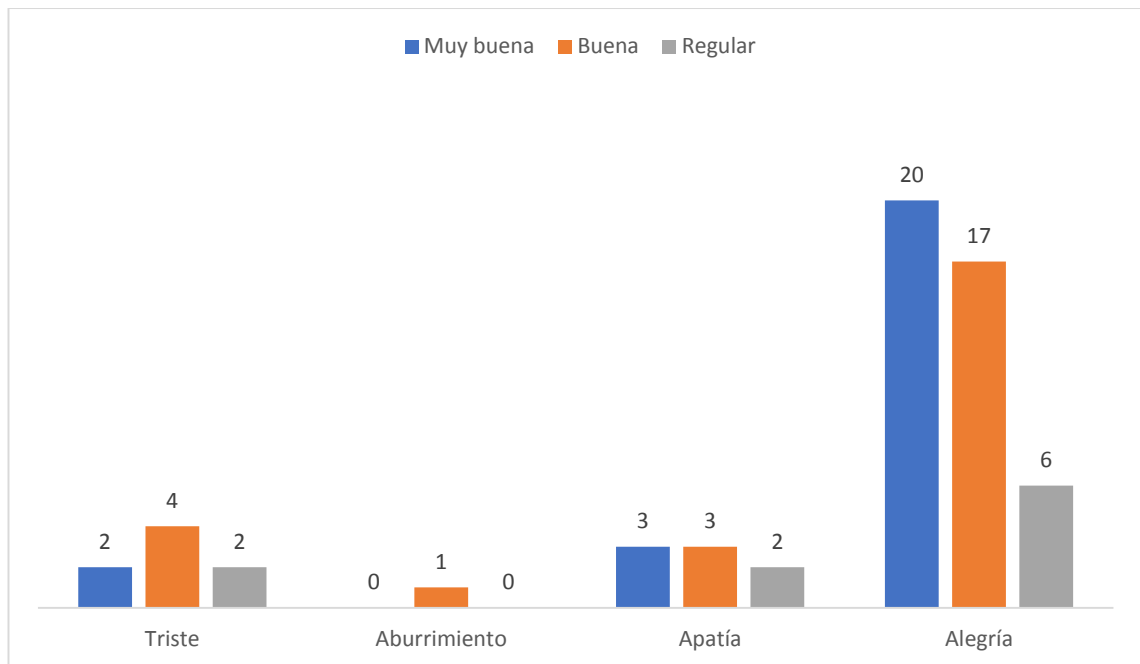
Fuente: Tabla N°14

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

Se evidencia que gran parte de los adultos mayores acuden a reuniones familiares o grupales; a pesar de esto, existe un grupo significativo que refiere sentirse solo a pesar de asistir a este tipo de reuniones. Incluso los que perciben siempre sentirse solos, exceden al grupo que manifiesta que esta sensación se presenta solamente “a veces”.

GRÁFICO N° 15: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN APARIENCIA PERSONAL - QUÉ PIENSA DE SU VIDA CAÑAR 2017



Fuente: Tabla N°15
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,279 ^a	6	,773
Razón de verosimilitud	3,628	6	,727
Asociación lineal por lineal	1,641	1	,200
N de casos válidos	60		

Fuente: Encuesta
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

Análisis

Gran parte de los adultos mayores, indican que sienten alegría; tienen una visión positiva de su vida. En relación con su apariencia física, se puede observar en el gráfico que concuerdan aquellas personas que muestran buena apariencia física. El análisis estadístico de la prueba de chi Cuadrado de Pearson, no mostró relación significativa en estas variables ($p = 0,727$).



TABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR SEGÚN RELACIÓN ENTRE REDES DE APOYO PERCIBIDAS Y FORMAS DE VIDA CAÑAR 2017

		Formas de vida			Total
		Mala	Media	Buena	
Percepción apoyo social	Alto	1	8	12	21
	Medio	3	7	6	16
	Bajo	11	9	3	23
Total		15	24	21	60

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

El análisis cruzado de datos, muestra que la percepción de apoyo social alta, coincide con formas de vida media, o a su vez, buenas; y, al otro lado, se encuentra que las altas prevalencias entre formas de vida bajas, se cruza con percepciones bajas de apoyo social. Lo que sugiere que existe relación entre las variables planteadas.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,702 ^a	4	,005
Razón de verosimilitud	15,978	4	,003
Asociación lineal por lineal	13,985	1	,000
N de casos válidos	60		

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

En donde se determina que la razón de verosimilitud entre las variables tiene un valor $p=0,003$, lo que implica que las variables sí están relacionadas.



GRUPO FOCAL

En función de profundizar la investigación, se aplicó la técnica del grupo focal, con la participación de ocho adultos mayores con una muestra aleatoria simple; con la finalidad de recoger las percepciones y opiniones

¿Sabe qué es una red de apoyo?

La mitad del grupo respondió que no conocía el concepto de red de apoyo, sin embargo, la otra mitad indica tener una idea del concepto, pero no saben precisar con términos exactos; es decir, el concepto les brinda una idea, pero no conocen conceptualmente la definición.

¿Con quién vive?

La mayoría de los adultos mayores encuestados respondió que vive con sus hijos, o nietos; otros también viven solos.

¿Acude a eventos sociales? ¿Con qué frecuencia?

Las respuestas variaron entre “a veces” o nunca, profundizando la conversación se evidenció que los eventos sociales están relacionados con reuniones con amigos y eventos realizados en el barrio en donde habitan. Los adultos se manifiestan contentos de asistir a este tipo de reuniones. Quienes respondieron que nunca asisten, indican que por su condición de “viejos” nadie los toma en cuenta.

Cuando se enferma ¿quién le apoya?

Los adultos mayores respondieron que el apoyo recibido proviene de sus hijos o nietos. Siendo estas figuras las que más frecuentemente ofrecen este tipo de ayuda en situaciones de enfermedad. En la conversación mantenida, los adultos manifestaron, en algunos casos que la ayuda se limita a llevarlos a un



chequeo, y en otros casos, que también son ayudados con cuidados en el domicilio. Un grupo reducido manifestó que se vale por sí solo para acudir al centro de salud.

¿Se relaciona con los vecinos y amigos? ¿por qué?

Los adultos en su mayoría gustosos al ser interrogados sobre su relación con los vecinos, indicaron que la relación es positiva, ya que las personas del barrio se muestran siempre dispuestas a ayudarlos; sobre todo, cuando salen a la calle por compras, o situaciones similares. Es en este grupo en donde los adultos mayores reciben información y establecen sus relaciones de apoyo social informales. Al preguntarles ¿por qué?, indican que necesitan conversar con alguien siempre, y saber qué es lo que sucede en el barrio y en la ciudad; de esta manera, se mantienen informados. Se evidencia que los grupos de amigos y barrio ofrecen apoyo tanto emocional, como relativo a información.

¿Cómo se sienten después de haberle realizado esta evaluación?

Los adultos mayores indican que se sienten bien, al ser tomados en cuenta. indica que están prestos a recibir ayuda y apoyo social.

¿Qué sugieren ustedes para evitar el abandono de los adultos mayores?

Se debe considerar la importancia del entorno familiar, así como mantener relaciones afectivas siempre con quienes se han conocido desde su juventud. pues son estas personas quienes siempre están pendientes de ellos; y refieren que se debería dar mayor importancia de la participación de los adultos en todo tipo de eventos sociales, ya que ellos todavía pueden participar.



¿Cuál son las causas de abandonar a un adulto mayor?

Los adultos indican que las causas es porque que los familiares se cansan de cuidarlos o están ocupados en sus actividades laborales y con su familia. Otros indican que los familiares son ingratos y se olvidan lo que ellos, han hecho por ayudarlos.

¿Qué opina acerca de las redes de apoyo social?

Las redes de apoyo social, en opinión de los adultos mayores son positivas ya que a través de estas indican tener un espacio de participación social, a más de la ayuda que requieren de acuerdo a sus condiciones.

¿Qué opina acerca de las redes de apoyo familiar?

Los adultos valoran mucho a la familia, el apoyo familiar que reciben, sugieren que se debe dar importancia a las redes para que les apoyen, no se olviden de ellos o les ignoren.



DISCUSIÓN

El análisis de los factores socio-demográficos de los adultos mayores, permitió determinar que las edades de mayor frecuencia se encuentran entre los 75 y 85 años de edad, superando la esperanza de vida en el país (45). Esto coincide con el estudio planteado por Castillo, M. (2013) en la ciudad de Loja, en donde se muestra de igual manera, mayor prevalencia en este grupo de edades; siendo menor en los grupos de sesenta años y superior a 85. El sexo, tiene prevalencia significativa del femenino, con un 76,7%, en relación al masculino. El estudio de Castillo muestra de igual manera mayor prevalencia del sexo femenino, sin embargo, existe una distribución más equitativa, (51,4% frente a un 48,6%), correspondiendo con la distribución de adultos mayores por sexo a nivel nacional. Los datos de otras investigaciones (7) indican que la tendencia a nivel nacional, local es superior a la de hombres en adultos mayores; el presente estudio destaca por cuanto la distribución es altamente prevalente en cuanto al grupo femenino, sugiriendo que la esperanza de vida de las mujeres, en la localidad, es ampliamente superior a la esperanza de vida de los hombres.

En cuanto al estado civil, predominan los viudos, con una prevalencia del 48,3%; a esta cifra le sucede el estado civil de casado, con un 36,7%. Estudios como el de Cevallos (2013) indican que el estado civil casado es más frecuente, con un 62% de prevalencia, concordando con lo expuesto por Castillo; cifras que difieren con el presente estudio (7) (50). Es fundamental la atención en este factor, porque el estado civil de viudo, indica que gran parte de las mujeres, han perdido a su pareja hasta la actualidad; lo que corrobora la hipótesis de considerar que en el contexto de estudio, la esperanza de vida del hombre, es significativamente inferior a la esperanza de vida de las mujeres.

En cuanto a la calidad de vida el estudio permitió determinar que el 83,3% de poseen vivienda propia, el 8,3% arrienda su domicilio; el tipo de domicilio es casa, en una frecuencia de 93,3%; los materiales más utilizados son bloque, ladrillo y adobe. La totalidad de adultos cuentan con infraestructura



sanitaria básica, las condiciones de vivienda son buenas; constatado también a través de la observación. En relación con el consumo, el nivel educativo es bajo, estos datos concuerdan con lo expuesto por el INEC, en referencia a los niveles de escolaridad en adultos mayores en el país, con una tendencia más bien reducida, en comparación con las cifras a nivel nacional, en donde se muestra un promedio del 13% de estudios secundarios y apenas un 54% de estudios primarios (34). Esto sugiere que los niveles educativos en épocas anteriores, eran limitados en la ciudad y muestra el acceso limitado de los adultos mayores a la educación, a la alimentación, pues su dieta es pobre insuficiente tanto en micronutrientes como en frecuencia, poniendo en riesgo el estado de salud de los adultos mayores.

El perfil de salud – enfermedad característico está representado por IRA, hipertensión arterial con una prevalencia del 51,7%. Esta cifra se corresponde con los datos a nivel nacional; mismos que sugieren que la prevalencia de hipertensión arterial oscila en un 54% en mujeres y 38% en hombres (considerando que en el grupo estudiado las mujeres están en mayor porcentaje) (45). Padecimientos como depresión, mostraron altos porcentajes en este estudio, con un 38,6% de depresión leve y 21,7% de depresión moderada; lo que reduce la calidad de vida de las personas, y condiciona su percepción del apoyo social. Todos estos factores permitieron determinar que existe un deterioro de las formas de vida, Estos datos pueden corresponderse con estudios planteados en otros países, como Cuba, en donde se indica que las formas de vida de los ancianos son altas (5). Factores que contribuyen a que la percepción de las redes de apoyo social, sean también altas.

Con referencia a las redes de apoyo social, el análisis de los datos obtenidos determinó que las redes informales constituyen un aporte significativo para los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Cañar. Así, un 81,7% de los adultos mayores cuenta con apoyo de amigos y un 76,7% con apoyo social recibido por parte de los vecinos. Los resultados de este estudio difieren de los estudios presentados por Acuña y González (2010); en el cual se indica que la media del apoyo social brindado



por amigos y extrafamiliar, oscila en un 36,17%, teniendo como máxima, el 80%; a diferencia de las redes de apoyo familiar, cuya media asciende a un 36,48% y alcanza una máxima del 90,91%; es decir, es más relevante el apoyo ofrecido por el entorno familiar que el de vecinos y amigos (51). En el mismo estudio, sin embargo, se estima también la percepción del apoyo familiar y extrafamiliar, en cuyos datos se indica que la media obtenida en apoyo familiar percibido es de 47,44% frente a un 52,17% de apoyo extrafamiliar; enfocado, sobre todo, en el apoyo emocional; lo cual concuerda con los resultados del presente estudio.

En cuanto al apoyo económico, se muestra que existe una prevalencia del sustento propio, con un 60% de frecuencia en el indicador de siempre y un 13,3% en casi siempre; es decir, el acumulado superior de este indicador, muestra que los adultos mayores se sustentan con fuentes propias en un 73,3%. La familia se ubica en el segundo indicador de apoyo económico, con un porcentaje superior acumulado del 51,6% de los casos. Los resultados obtenidos en esta variable muestran concordancia con el estudio llevado a cabo por Zapata, Delgado y Cardona (2015); en el cual se indica que el grado de satisfacción en cuanto al apoyo económico brindado por la familia oscila entre un 49-52% (52). En este mismo punto, el análisis del apoyo instrumental, recibido por parte de entidades como el MIES (redes de apoyo formales) se muestra significativamente reducido; ya que un 83,3% de los encuestados indica que nunca ha recibido visitas por parte de estas entidades; esta falta de apoyo social puede deberse a que entidades como el MIES, enfoca su accionar en el manejo de la pobreza, o abandono; apoyo a instituciones específicas dedicadas al cuidado de adultos mayores.

En cuanto a la sensación de soledad, se determinó que el 60% de adultos mayores manifiestan sentirse solos siempre, frente a un 40%, que dice tener este sentimiento “a veces”. En este caso, la percepción de la compañía familiar es reducida, ya que el 71,6% indica asistir a reuniones familiares o con amigos, un 35% de estos, indica sentirse solo. La percepción sobre el apoyo familiar en lo emocional, se encuentra reducida significativamente.



Finalmente, la clasificación de las formas de vida, y la percepción del apoyo social, permitió determinar la relación existente entre estas dos variables, al mostrarse un valor de $p= 0,003$; que indica que las variables sí tienen una asociación estadística, siendo este el objetivo principal del estudio planteado.



CONCLUSIONES

Una vez realizada la investigación llega a las siguientes conclusiones:

1. Las características sociodemográficas del grupo estudiado son la edad promedio es de 75 años a 85 superando la media nacional, el sexo femenino predomina en el estudio, el estado civil corresponde mayoritariamente a la viudez, la residencia urbana es la que prevalece; estas características resultan trascendentales, porque tendrán un papel determinante para la conformación de redes y su impacto en las formas de vida.
2. Las formas de vida de los adultos mayores están representados por el trabajo, el consumo simple; destacándose la ocupación de quehaceres domésticos que corresponde al mayor porcentaje, también está la agricultura para autosostenimiento, el comercio informal; el proceso de trabajo se caracteriza por la jornada larga de trabajo, la falta de uso de medios de protección, la ausencia de seguridad social, volviéndolo vulnerable.
3. En relación con las formas de consumo, la alimentación es uno de los componentes, encontrándose una prevalencia de alimentación hipercarbonada, con una frecuencia de consumo de tres veces al día, existiendo un deterioro en el acceso a este componente evidenciado en los problemas nutricionales encontrados como bajo peso, desnutrición y sobrepeso; el nivel de educación es bajo, pues más de la mitad de adultos mayores no completan la educación general básica, existiendo incluso analfabetismo; más del cincuenta por ciento no tienen ningún tipo de recreación, apenas el 40% desarrollan la bailoterapia como forma de recreación; estos tres componentes son fundamentales a la hora de recuperar la fuerza de trabajo si consideramos la condición fisiológica del adulto mayor, colocándolo en situación de vulnerabilidad. También tiene acceso a una vivienda digna.
4. El adulto mayor está protegido por redes informales conformado por amigos y vecinos, existiendo un déficit de redes formales de apoyo lo



que ha incidido significativamente en el perfil de salud – enfermedad tanto físico como mental.

5. El tipo de apoyo que reciben es el económico, el afectivo, el estimulante, que han sido esenciales para darles apoyo emocional y fortalecer el autoestima.
6. El perfil de salud – enfermedad predominantes son las IRA, HTA, diabetes, dislipemias, depresión leve y moderada, directamente relacionado con las formas de vida de los adultos mayores.
7. Existe una influencia directa de las redes de apoyo sobre las formas de vida, pues cuando los adultos mayores cuentan con una red de apoyo sea informal o formal mejora su calidad de vida y cuando no cuenta con ellas se produce el deterioro de la calidad de vida evidenciado en el perfil de salud – enfermedad citado anteriormente.



RECOMENDACIONES

- Los datos en relación a los factores socio-demográficos, sugieren que gran parte de los adultos no perciben remuneración de ningún tipo; de manera que es recomendable enfocar el apoyo social de parte de instituciones, sobre todo en el factor económico. En cuanto al estado civil, se muestra que a estas edades la mayoría de entrevistados ha sufrido pérdidas conyugales, lo que implica que pueden existir afecciones emocionales; es recomendable, en este marco, que se trabaje sobre todo en apoyo psicológico que permita superar este tipo de circunstancias inherentes al proceso de envejecimiento.
- Es recomendable promover la relación entre vecinos y amigos, debido a que emocionalmente, son altamente significativos este tipo de apoyos informales. Por otro lado, es necesario y recomendable promocionar más asiduamente el apoyo social de tipo institucional, ya que se percibe en porcentajes significativamente reducidos.
- Es necesario fomentar el aprecio por el trabajo de la familia; ya que si bien, existe apoyo de parte de estas entidades, es también cierto que este apoyo no es percibido por los adultos mayores.



BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. [Online].; 2015 [cited 2017 diciembre 23]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
2. Montes de Oca V. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Universidad Nacional Autónoma de México. 2003 Julio; II(9).
3. CEPAL. Redes de apoyo social de personas mayores en Chile. Primera ed. RdeRdaSaP , editor. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.
4. Salinas A, Téllez M. Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades. Revista Alapop. 2008 Marzo; XI(2).
5. Figueroa A, Soto D, Santos N. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2016 Febrero; XX(1).
6. López C. Redes de apoyo familiar y calidad de vida en adultos mayores usuarios jubilados del hospital del día "Dr. Efrén Jurado López". Primera ed. Briones B, editor. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013.
7. Castillo M. Identificación del apoyo social percibido en el Centro para el Adulto Mayor "Daniel Álvarez Sánchez" de la ciudad de Loja. Primera ed. Ramírez M, Alvarado J, editors. Loja: UTPL; 2013.
8. Pérez J, Daza F. El apoyo social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo - España. 2007 noviembre; IX(1).
9. Estrella J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicológico de los enfermos oncológicos. Universidad de Valencia. 2001 diciembre; XVIII(2).
10. Costanza R, Derlega V. Positive and negative forms of social support: effects of conversational topics on coping with stress among same-sex friends. Experimental Social Psychology. 1998 mayo; XXIV(2).



11. Heller J, Mansbach W. The multifaceted nature of social support in community sample of elderly women. *Revista de factores sociales*. 1995 Febrero; XL(4).
12. House J. *Work stress and social support*. Primera ed. New York: Adison Wesley; 1981.
13. Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI*. 2013 junio; XVI(1).
14. González Q, Restrepo C. Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista de Salud Pública*. 2010 Marzo; XII(2).
15. Cassel J. Psychosocial Processes and Stress. Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*. 1975 June; XX(4).
16. Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de Recerca Pèriferia*. 2005 Diciembre; X(3).
17. Guzmán J, Huechaun S. *Redes de apoyo social de personas mayores*. Primera ed. CEPAL , editor. Santiago de Chile: CEPAL; 2003.
18. Zapata B, Delgado N, Cardona D. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia. *Revista Salud Pública*. 2015 Julio; XVII(6).
19. Jáuregui B, Salgado V. *El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento*. Primera ed. México INdSP, editor. México: Wong R.; 2006.
20. Arroyo M, Ribeiro M. El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. *Ciencia UANL*. 2011 julio; XIV(3).
21. OMS. Envejecimiento. [Online].; 2017 [cited 2017 diciembre 27. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/es>.
22. Landreil E. Adultos mayores y familia: algunos aspectos de la intervención del trabajo social. *Familia*. 2014 junio; IV(4).
23. OMS. Envejecimiento y salud. [Online].; 2015 [cited 2018 febrero 22. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es>.



24. Torres A. Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar. Primera ed. Olmedo B, Tene C, editors. Colima: Universidad de Colima; 2003.
25. Pelcastre B, Treviño S, González T, Márquez M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. Artículo. 2011 marzo; XXVII(3).
26. Marín J. Envejecimiento. Revista Salud Pública Educativa. 2003 marzo; III(1).
27. GVA. Las características psico-fisiológicas de las personas mayores y aspectos a considerar en su mejora de la condición física. [Online].; 2011 [cited 2018 enero 11. Available from: http://www.cult.gva.es/dgd/form_amb_deportivo/JORNADA_DXTE%20MAYORES_SEPT/Carlos_Pablos.pdf.
28. Verona J, Pastor J, de Paz F, Barbosa M, Macías A, Maniega M, et al. Neuropsicología de la involución y el envejecimiento cerebral. Revista Española de Neuropsicología. 2002 junio; IV(2).
29. Jacson C, Wenger N. Enfermedad cardiovascular en el anciano. Revista Española de Cardiología. 2012 diciembre; LXIV(8).
30. Villacís B. Perfil epidemiológico del adulto mayor. Primera ed. INEC , editor. Quito: INEC; 2006.
31. Peña M. Discurso Organización Mundial de la Salud. Primera ed. Buenos Aires; 2005.
32. Nawas M. El estilo de vida. Revista Latinoamericana de Psicología. 1971 noviembre; III(1).
33. Montañó J, Montero J, Morales D. Formas de vida de los adultos mayores de las parroquias del cantón Chordeleg, provincia del Azuay 2013. Primera ed. Cabrera C, editor. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013.
34. Escobar S. Los adultos mayores en el mundo del trabajo urbano. Primera ed. Molina F, editor. La Paz: CedLa; 2012.
35. INEC. Población económicamente activa (PEA) del Ecuador. Primera ed. INEC , editor. Quito: UNFPA; 2010.



36. Guerrero N, Yépez M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*. 2015 mayo; X(2).
37. Parra M. Conceptos básicos de salud laboral. Primera ed. OIT , editor. Santiago de Chile: OIT; 2003.
38. SERNAC. Nutrición y cuidado del adulto mayor. Recomendaciones para una alimentación saludable. Primera ed. Consumidor SNd, editor. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2004.
39. Gómez M. El aprendizaje en la tercera edad: una aproximación en la clase de ELE. Primera ed. Navajas O, Martínez A, editors. Nebrija: Universidad de Nebrija; 2008.
40. Campo A, Cassiani C. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008 octubre; XXXVI(4).
41. INEC. Agenda de igualdad para adultos mayores. Primera ed. QUITO: Ministerio de Inclusión Económica y Social; 2013.
42. Ruiz L, Goyes L. Actividad física recreativa en el adulto mayor. *Educación física y deporte*. 2015 junio; XXXIV(1).
43. Gaia M. Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015 enero; XLI(1).
44. Organización Panamericana de la Salud de las Américas. Salud en las Américas. [Online].; 2015 [cited 2018 abril 24. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>.
45. Mora V, Guamán E. Perfil de salud - enfermedad de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas del hogar Miguel León. Primera ed. Bermejo Z, editor. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.
46. INEC. Ecuador en cifras. [Online].; 2012 [cited 2018 abril 29. Available from: www.ecuadorencifras.com.
47. Freire W, Waters W. Condiciones de salud en Adultos Mayores en el Ecuador: desafíos presentes y futuros. Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. 2012 octubre; III(1).



48. OMS. Patologías crónicas. [Online].; 2012 [cited 2018 abril 29. Available from:
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=632:abril-8-9-2012&Itemid=972.
49. Almeida K, Valla L. Factores que inciden en la neumonía de los adultos mayores de 65 años de edad. Primera ed. Vásques G, editor. Milagro: Universidad Estatal de Milagro; 2017.
50. Cevallos M. Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de Conocoto. Primera ed. Carranco S, editor. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2013.
51. Acuña M, González A. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. Journal of behavior Health and social issues. 2010 noviembre; II(2).
52. Zapata B, Delgado N, Cardona D. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis. Revista de Salud Pública. 2015 noviembre; XVII(6).



ANEXOS

ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



Coordinación Zonal 6
Dirección Distrital 03D02 Cañar – El Tambo – Suscal - SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ6-DD03D02-2018-0061-O

Cañar, 20 de febrero de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN PARA REALIZAR "TESIS REDES DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES CS. CAÑAR 2017"

Estudiantes de Enfermería
Wendy Elizabeth Verdugo Cantos, Carmen Jeanneth Tenezaca Villa
En su Despacho

De mi consideración:

Luego de un cordial saludo, me permito indicar que revisado los archivos del Comité de Ética Institucional, ya ha sido revisado y aprobado la solicitud de los mentados Estudiantes, en fecha de abril del año 2017, por lo que es necesario otorgarle el permiso correspondiente para el estudio de tesis; siempre y cuando realice el trámite administrativo correspondiente con la información de confidencialidad y otros.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Mercedes Damiana Rodriguez
DIRECTORA DISTRICTAL 03D02 - SALUD

Referencias:
- MSP-CZ6-DD03D02-UDAJ-2018-0071-M

Anexos:
- 0770642540001517410911.pdf



Calle Chimborazo y Alfonso Alvarado
Código Postal: 030201 Teléfono: 593 (2) 427482
Email: distrito03d02@saludzona6.gob.ec
www.salud.gob.ec



UNIVERSIDAD DE CUENCA
CARRERA DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DEL INTERNADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA
ASIGNATURA DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y
COMUNITARIOS

Cuenca a 25 de Abril del 2017

Dra.
Teresa Naspud
DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR
Cuenca

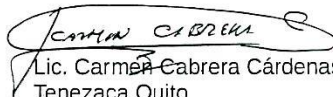
De nuestra consideración:

Con un atento saludo me dirijo a usted con la finalidad de informarle que las estudiantes Wendy Verdugo Cantos y Carmen Tenezaca Villa estudiantes de la Escuela de Enfermería se encuentran realizando el Proyecto de Tesis **Redes de Apoyo familiar y social de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Cañar 2017**, previo a la obtención de su título de Licenciada en Enfermería, cuyo objetivo es Identificar las redes de apoyo familiar de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cañar 2017, relacionado con el acceso a los servicios de salud de este grupo vulnerable, por lo que solicitamos su colaboración para la recolección de información mediante la aplicación de un cuestionario y la aplicación de un formato sobre percepciones de los adultos mayores en relación con las redes de apoyo.

Por otro lado le informamos que el proyecto será socializado entre los participantes que intervienen en la investigación y se aplicaran todos los procedimientos éticos de la investigación como protección de la identidad, consentimiento informado.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes, me suscribo de usted.


Atentamente


Lic. Carmen Cabrera Cárdenas Mrt.
Tenezaca Quito
DIRECTORA DE TESIS

Sra. Wendy Verdugo Cantos
Estudiante

DISTRITO DE SALUD 03D02 SECRETARIA DISTRITAL - VENTANILLA UNICA RECIBIDO Fecha: 29-4-17 10:38 Nombre: W. Verdugo Apexo: 1 h. 1 protocolo
--


Sra. Carmen Tenezaca Villa
Estudiante

Recibido 25/04/17


Dirección: Av. El Paraíso N°3 – 52 (Junto al Hospital "Vicente Corral Moscoso")
Telefax: (593-7) 4051000 Ext. 3112 – Casilla Postal: 01.01.1891
CUENCA - ECUADOR



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

REDES DE APOYO FAMILIAR - SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LAS
FORMAS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL “CENTRO DE
SALUD CAÑAR”.2017

Yo Wendy Elizabeth Verdugo Cantos portadora de la CI: 0107435950 y Carmen Jeanneth Tenezaca Villa portadora de la CI: 0302753645, estudiantes de la carrera de enfermería, solicitamos su colaboración para la obtención de datos para la siguiente investigación.

Introducción: El envejecimiento implica un aumento de la vulnerabilidad, creando una necesidad de apoyo de los adultos mayores para poder realizar sus actividades cotidianas, lo que determina que las redes de apoyo tengan un papel fundamental porque fortalecen las relaciones interpersonales con el entorno social, mejorando el bienestar físico - mental y emocional evitando el deterioro de las funciones.

Propósito: Obtener información relacionado a las características socio demográficas de los adultos mayores edad, sexo, procedencia, residencia, estado civil, escolaridad, ingreso económico; identificar los tipos de redes de apoyo social formal e informal que apoyan al bienestar, salud e independencia del adulto mayor que acuden al Centro de Salud Cañar.

Riesgos / beneficios: No existirá ningún riesgo para su persona, por cuanto la obtención de datos no involucra contacto físico, ni daño psicológico.

Los beneficiarios directos de este estudio serán ustedes los adultos mayores en quienes se analizara la situación actual, por medio de las redes de apoyo se va a mejorar la calidad de vida, la institución prestadora del cuidado del adulto mayor en base del presente estudio puedan plantear estrategias para



mejorar la atención y el cuidado adecuado , la sociedad podrá conocer más acerca del tema de la vejez , los cambios que ocurren en esta etapa de la vida, de esta manera comprenderán los cambios biológicos, psíquicos y sociales y la importancia del apoyo total que se debe brindar a los adultos mayores.

Confidencialidad : Le garantizamos que la información que nos proporcione solo será utilizada con fines de investigación, se manejará bajo un código ético, guardando reserva sobre su identidad, con absoluta confidencialidad por lo que le solicitamos responder con la mayor sinceridad posible, ya que la misma será de mucha ayuda para la investigación realizada.

Derechos y opciones: Puede decidir no participar, ante lo cual solo debe comunicar al investigador, además, aunque decida participar puede retirarse cuando lo desee. Por su participación usted no recibirá ningún beneficio económico o pago, tampoco deberá pagar por su participación.

Información de contacto: En caso de requerir mayor información o tener inquietudes, comunicarse con las siguientes investigadoras a los siguientes contactos

Wendy Elizabeth Verdugo Cantos
Teléfono: 0984533263

Carmen Janeth Tenezaca Villa
Teléfonos: 0995541201

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____, con CI. _____

Comprendo mi participación en este estudio es voluntaria, gratuita y se mantendrá la confidencialidad , por lo que acepto las condiciones firmando o colocando mi huella digital tras la lectura del presente documento, autorizando para el uso de la información.

.....

...../...../.....

Firma o Huella participante

Fecha

.....

.....

Firma investigadora

Firma investigadora



ANEXO 3. ENCUESTAS

FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS PARA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

Fecha de evaluación:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombres/apellidos:

Edad: Sexo: F () M ()

Grado Escolar:

Residencia..... Procedencia.....

Sector en donde vive:

*Rural *Urbano

¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a (....) casado/a (....) Viudo (.....) Divorciado/a (....)
separado/a (...) unión libre (....)

INFRAESTRUCTURA DE LA VIVIENDA

¿Qué tipo de vivienda tiene?

Casa (...) Villa (....) Departamento (....) Media agua (...) Cuarto (...)

Su vivienda es:

Propia (....) Arrendada (....) Prestada (...) Cedida (...)
Otros.....

¿De qué tipo de material está construida su vivienda?

Adobe (....) Techo de teja (...) Bloque (....) Techo de árdex (...)

Ladrillo (....) Techo de zinc (....) Bloque y ladrillo (...) Madera (...)
Bareque (....) Otros.....

SERVICIOS BÁSICOS

¿Qué servicios básicos tiene usted?

Agua (....) Luz (...) Teléfono (...) Alcantarillado (....)
Otros.....



SERVICIOS DE APOYO FAMILIAR O SOCIAL.

¿Con quién vive usted?

.....

¿Que actividades realiza dentro de su hogar y quien le ayuda?

.....

¿Puede usted vestirse solo/a o necesita ayuda?

En caso de que la respuesta sea “si” ¿Por qué?

.....

¿Siente que usted depende de los demás para realizar actividades personales y de la vida diaria? ¿Por qué?

.....

¿Qué piensa usted de su vida?

.....

Ud. necesita ayuda para trasladarse de un lugar a otro?

En caso de que la respuesta sea “si” ¿qué objeto utiliza?

.....

¿Ud. tiene alguna enfermedad diagnosticada por un médico? ¿Cuál?

.....

¿Qué medicamento toma?

.....

¿Cada cuánto tiempo acude a control médico?

.....

¿Quién le acompaña al control médico?

.....

¿Acude alguna reunión familiar o grupal?

En caso de que la respuesta sea “si... Con que frecuencia?

.....

¿Se ha sentido solo en algún momento?

.....

¿Recibe visitas de familiares o amigos? Con que frecuencia.

.....

¿Recibe visitas domiciliarias del personal de salud u otras instituciones?

Con que frecuencia.

.....



Las preguntas que suceden serán clasificadas en grados de apoyo, según las personas que se nombran:

INDICADORES	Siempre	Casi siempre	Rara vez	Nunca
Usted recibe apoyo económico de sus familiares				
El sustento económico es de fuentes propias				
Recibe bono de desarrollo humano				
se relaciona frecuentemente con vecinos, allegados, etc.				
su familia permanece constantemente con usted.				

Observaciones/Recomendaciones:

.....
.....

Gracias por su colaboración



ANEXO 4. FICHA DE OBSERVACIÓN

LISTA DE CHEQUEO DE OBSERVACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

Fecha:

Nombres:.....

Edad:.....

Apariencia Personal	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	

DISCAPACIDAD FÍSICA	SI	NO
Cojea		
Utiliza bastón		
Utiliza andador		
Utiliza silla de ruedas		
Presenta amputación de al algún miembro superior		



Ocupación	Instrumentos de trabajo		Medios de protección			Tiempo laboral			Salario			
		Si	No		Si	No		Si	No	Si	No	
Agricultor	Pico			Botas			2 horas					
	Pala			Guantes			4 horas					
	Carretilla			Sombrero			6 horas					
	Arado			Poncho de aguas			8 horas					
				Plástico			Otros					
Quehaceres domésticos	Cocina			Delantal ,guantes			2 horas					
	Refrigeradora			Guantes ,delantal			4 horas					
	Escoba			Guantes ,delantal			6 horas					
	Recogedor			Guantes ,delantal			8 horas					
	Lavadora			Guantes ,delantal			Otros					
Comerciante	Panaderías			Gorra ,guantes delantal			2,4,6,8 horas					
	Tienda víveres			Delantal, guantes			2,4,6,8 horas					
	Mercados			Delantal guantes			2,4,6,8 horas					
	Carnicerías			Gorra ,guantes, botas delantal			2,4,6,8 horas					
	Boutique			Delantal			2,4,6,8 horas					



Tipo de vivienda	Si	No
Adobe		
Ladrillo		
Bloque		
Mixta (ladrillo y bloque)		
Madera		
Bareque		
Techo de teja		
Techo de ardex		
Techo de zinc		
Otros		
Servicios básicos		
Agua potable		
Luz		
Teléfono		
Alcantarillado		
Otros		

Frecuencia de la alimentación	Si	No
Desayuno		
Media mañana		
Almuerzo		
Media Tarde		
Merienda		

Alimentos que consumen	Siempre	Casi siempre	Rara vez	Nunca
Carbohidratos (trigo,yuca,ocas,papas)				
Hortalizas-Verduras (acelga, brócoli,lechuga)				
Frutas (manzana, pera, uva , guineo , durazno)				
Lácteos (leche,huevos,queso,yogurt)				
Legumbres (lenteja ,habas, garbanzo)				
Carnes (pollo, chancho, conejo,cuy,res)				
Embutidos (chorizo, mortadela, salchicha)				
Mariscos (atún , pescado , bagre , camarón , cangrejo)				



Actividades Cotidianas	Obligación	Recreación	Duración
Realiza caminatas			
Gimnasia			
Bailo terapia			
Acude a grupos sociales			
Criar animales pequeños (gallinas,cuyes,conejos)			
Criar animales grandes (vacas,cerdos,ovejas)			

REDES DE APOYO DEL ADULTO MAYOR		
Formales		
Red Familiar	Si	No
Cónyuge		
Hijos		
Nietos		
Red Social		
Entidades		
Fundaciones		
Asilos		
Informales		
Amistades		
Clubs		
Vecinos		



PERFIL DE SALUD ENFERMEDAD		
Patología diagnosticada		
Problemas de Salud Mental	Si	No
Estrés		
Ansiedad		
Depresión: Leve..... Moderada.....		
Demencia		
Problemas de Salud Crónico Degenerativas		
Diabetes		
Hipertensión arterial		
Mixto		
Problemas articulares		
Problemas Nutricionales		
Normal		
Bajo peso		
Desnutrición		
Sobrepeso		
Obesidad		
Problemas Neurológicos		
Eventos Cerebro Vascular		
Problemas Respiratorias		
Neumonía		
Bronquitis		
Resfriado		
Problemas Cardiovasculares		
ICC		
Trombo embolismo		
Poliglobulia		
Anemia		



ANEXO 5. GRUPO FOCAL

ENTREVISTA A GRUPOS FOCALES

REDES DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LAS FORMAS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD CAÑAR 2017

Mediante esta entrevista se reunirá un grupo de adultos mayores con el propósito de confrontar diferentes puntos de vista a través de un proceso abierto y emergente centrado en el tema de la investigación.

Recursos humanos:

- Espacio físico.
- Pizarrón
- Marcadores.
- Hojas de evaluación.
- Esferos.
- Refrigerio.

Propósito: acotar-recolectar opiniones acerca del tema de investigación.

Participantes y plan de reclutamiento: esta entrevista focal se realizará a 8 adultos mayores.

Fecha: noviembre del 2017.

Preguntas guías:

¿Sabes lo que es una red de apoyo?

.....

¿Con quién viven?

.....

¿Acude a eventos sociales por qué?

.....

¿Cuándo se enferma quien le apoya?

.....



¿Se relaciona con los vecinos y amigos por qué?

.....

¿Cómo se sienten después de haber recibido esta charla?

.....

¿Qué sugieren ustedes para mejorar el no abandono de los adultos mayores?

.....

¿Cuál creen que son las causas de abandonar a un adulto mayor?

.....

¿Qué opina acerca de las redes de apoyo social?

Buenas (.....) Malas (...)

Porque:.....

¿Qué opinas acerca de las redes de apoyo familiar?

Buenas (.....) Malas (...)

Porque:.....



ANEXO 6. CUADROS Y GRÁFICOS

TABLA N° 11: FRECUENCIAS DE FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR

Factores socio-demográficos		
Sexo	N	%
Masculino	14	23,3%
Femenino	46	76,6%
TOTAL	60	100%
Sector	N	%
Urbano	46	76,7%
Rural	14	23,3%
TOTAL	60	100%
Estado Civil	N	%
Soltero/a	8	13,3%
Casado/a	22	36,7%
Viudo/a	29	48,3%
Separado/a	1	1,7%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)



TABLA N° 12: FRECUENCIAS DE TRABAJO Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE CAÑAR 2017

Trabajo		
Ocupación	N	%
Agricultor	4	6,7%
Quehaceres domésticos	51	85%
Comerciante	3	5%
Ninguna	2	3,3%
TOTAL	60	100%
Salario		
	N	%
Sí	7	11,7%
No	53	88,3%
TOTAL	60	100%
Duración de jornada		
	N	%
2 horas	13	21,7%
4 horas	22	36,7%
6 horas	13	21,7%
8 horas	12	20%
	60	100%
Medios de protección		
	N	%
Botas	4	6,7%
Guantes	17	28,3%
Sombrero	2	3,3%
Delantal y guantes	18	30%
Ninguno	19	31,7%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)



TABLA N° 13: FRECUENCIAS DE FACTORES RELATIVOS A LA VIVIENDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR

Vivienda		
Vivienda	N	%
Propia	50	83,3%
Arrendada	5	8,3%
Prestada	5	8,3%
TOTAL	60	100%
Tipo de vivienda		
	N	%
Casa	56	93,3%
Villa	2	3,3%
Departamento	2	3,3%
TOTAL	60	100%
Materiales		
	N	%
Adobe	18	30%
Bloque	13	21,7%
Ladrillo	9	15%
Bloque y ladrillo	15	25%
Bahareque	2	3,3%
No responde	3	5%
	60	100%
Servicios básicos		
	N	%
Agua	60	100%
Luz	59	98,3%
Teléfono	48	80%
Alcantarillado	56	93,3%
Otros	5	8,3%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)



TABLA N° 14: FRECUENCIA DE FACTORES DE CONSUMO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR 2017

Consumo		
Educación	N	%
Primaria	50	83,3%
Secundaria	4	6,7%
Ninguno	6	10%
TOTAL	60	100%
Comidas		
	N	%
Desayuno	59	98,3%
Media mañana	37	61,7%
Almuerzo	58	96,7%
Media tarde	38	63,3%
Merienda	53	88,3%
Caminatas		
	N	%
Obligación	7	11,7%
Por recreación	21	35%
Ninguna	32	53,3%
Total	60	100%
Gimnasia		
	N	%
Obligación	7	11,7%
Por recreación	21	35%
Ninguna	32	53,3%
Total	60	100%
Bailoterapia		
	N	%
Obligación	4	6,7%
Por recreación	31	51,7%
Ninguna	24	41,7%
Total	60	100%
Ninguna	30	50%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)



TABLA N°15: PERFILES DE SALUD - ENFERMEDAD DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR 2017

Perfiles salud – enfermedad		
Enfermedades	N	%
Resfriado	42	71,70%
Hipertensión arterial	31	51,70%
Depresión leve	23	38,60%
Depresión moderada	13	21,70%
Diabetes	13	21,70%
Anemia	8	13,30%
Bronquitis	6	10%
Problemas articulares	5	8,30%
Ansiedad	4	6,70%
Neumonía	4	6,70%
Eventos cerebro vasculares	3	5%
Poliglobulia	2	3,30%
Demencia	1	1,70%
ICC	1	1,70%
Trombo-embolismo	1	1,70%
Nutrición	N	%
Normal	34	56,7%
Bajo peso	17	28,3%
Desnutrición	2	3,3%
Sobrepeso	7	11,7%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta
Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)

**TABLA N°16 :TIPOS DE APOYO FAMILIAR QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CAÑAR 2017**

Indicadores	Siempre		Casi siempre		Rara vez		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Apoyo económico de familiares	26	43.3	5	8.3	12	20	17	28.3
Sustento de fuente propia	36	60	8	13.3	1	1.7	15	25
Recibe bono de desarrollo	24	40	2	3.3	0	0	34	56.7
Se relaciona con vecinos, allegados	43	71.7	11	18.3	6	10	0	0
La familia permanece constantemente con usted	37	61.7	13	21.7	9	15	1	1.7
Acude a grupos de adultos organizados	36	60	10	16.7	3	5.0	11	18.3
Recibe visitas del MIES	3	5	5	8.3	2	3.3	50	83.3

Fuente: Encuesta

Realizado por: Tenezaca, C.; Verdugo, W. (2018)



ANEXO 7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo en años cumplidos transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido	Años	60 – 65 65 – 74 75 – 84 84 – 94 + 95 años
Sexo	Característica biológica que identifica al hombre o mujer.	Sexo	Hombre Mujer	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel de estudios que ha realizado una persona en un sistema educativo de educación formal.	Nivel		Primaria Secundaria Tercer Nivel Cuarto Nivel
Redes de Apoyo Social Familiar	Sistema fluido de fronteras poco definidas en evolución constante en el que el individuo se incorpora desde que nace hasta morir, formada por varios actores que interactúan entre sí a partir de las relaciones sociales que se establecen favoreciendo al desarrollo psicológico y social, así como actúan como un factor protector frente a las enfermedades.	Tipo de Redes	a) Red Familiar b) Red Social	Cónyuge Hijos Nietos Formales Entidades Fundaciones Asilos Informales Amistades Clubs Vecinos
		Apoyo Brindado	Frecuencia Tipo de Apoyo Material Instrumental Emocional Informativo	Siempre Ocasionalment e Nunca Si....No.... Si....No.... Si.....No..... Si.....No.....
			Responsables	Propio Familia Amigos Estado



FORMAS DE VIDA			1. Consumo Vivienda	Tenencia Tipo de Vivienda	Propia Arrendada Compartida Salubre Insalubre
				Alimentación 1. Alimentos que consumen con mayor frecuencia 2. Frecuencia de la alimentación Recreación Tipo de recreación Frecuencia de recreación	Carbohidratos Proteínas Frutas Verduras 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día 5 veces al día Realiza caminatas Realiza aeróbicos Realiza gimnasia No realizan ejercicio Acude a paseos Tiene algún grupo social



<p>Proceso de Salud-Enfermedad</p>	<p>Describe el estado de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de la enfermedad</p>		<p>1. Salud</p>	<p>Perfil de Salud-Enfermedad Tipo de apariencia Problemas de Salud Mental Problemas de Salud Crónico Degenerativas Problemas Nutricionales Problemas Neurológicos Problemas Respiratorios Problemas Cardiovasculares</p>	<p>Buena Regular Mala Estrés Ansiedad Depresión: Leve.....Modera da.... Grave..... Demencia..... Diabetes Hipertensión Arterial Mixto Problemas Articulares Normal Bajo Peso Desnutrición Sobrepeso Obesidad Eventos Cerebro Vascular. Neumonía Bronquitis Resfriado ICC Trombo embolismo Poliglobulia Anemia</p>
---	--	--	-----------------	---	--



ANEXO 8. RECURSOS ECONÓMICOS

RUBRO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Transporte	50	50
Servicio de internet	200	200
Materiales de Escritorio	80	80
Impresiones	220	220
Alimentación	80	80
Materiales para investigación de campo y observación	0.50	40,00
Otros	100	100
Total	730,50	770,00



ANEXO 9. PLAN DE TRABAJO

	1 NOVIEMBRE				2 DICIEMBR E				3 ENERO				4 FEBRERO				5 MARZO				6 ABRIL				7 MAYO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración y aprobación del anteproyecto	X	X	X	X																												
Investigación bibliográfica y marco teórico					X	X	X	X	X																							
Recolección de datos									X	X	X	X	X	X	X	x	x	X														
Tabulación de datos																		X	X	X	X	X	X	X								
Redacción del informe final																								X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprobación de asesores y entrega del informe final																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X