

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Calidad de vida y sentimiento de soledad de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor del Municipio de Cuenca, Jubilados de la Empresa Eléctrica y Barrio “El Vado”. Cuenca. Septiembre - Octubre. 2022

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Médico
Modalidad: Proyecto de investigación

Autores:

Nancy Maribel Riera Romero
Evelyn Michelle Rivera Alarcón

Director:

Fausto David Acurio Páez
ORCID:  0000-0003-3258-2837

Cuenca, Ecuador

2023-04-11

Resumen

Antecedentes: El envejecimiento y la soledad en nuestro medio pasan desapercibidos a pesar de ser un problema de salud pública, por ello es necesario generar estudios que identifiquen la realidad local.

Objetivo: Determinar la calidad de vida y sentimiento de soledad de los adultos mayores del centro de atención al adulto mayor del Municipio, jubilados de la empresa eléctrica y barrio “El Vado” en la ciudad de Cuenca en septiembre y octubre del 2022.

Método: Estudio descriptivo de corte transversal. Se aplicaron encuestas con tres instrumentos (test de Jong Gierveld, cuestionario de calidad de vida (15D) y la escala de estratificación socioeconómica del Instituto Nacional de Estadística y Censos), y el consentimiento informado a 68 personas. El análisis de variables se realizó con tablas de frecuencia y porcentajes en el programa SPSS V23.0 (prueba).

Resultados: El grupo de estudio está constituido en 57,4% por hombres. El 39,7% entre 65 y 74 años, el 50% casados, el 86,8% mestizos, el 36,8% inactivos. El 45,5% del estrato medio típico. La calidad de vida, en 13 de sus 15 dimensiones, se encuentra en la categoría uno o mejor calidad de vida; pero, depresión y ansiedad en la categoría cinco. El sentimiento de soledad (moderadamente solos) predominó con 64,7%.

Conclusiones: Predominan: hombres, personas entre 65 y 74 años, mestizos, casados e inactivos. La mayoría del estrato medio típico y la calidad de vida está en la categoría uno, excepto depresión y ansiedad que están en la categoría cinco. Existe un predominio de “moderadamente solos”.

Palabras clave: soledad, adultos mayores, calidad de vida

Abstract

Background: Aging and loneliness in our environment are not attended despite being a public health problem, therefore it is necessary to generate studies that identify the local reality.

Objective: To determine the quality of life and feeling of loneliness of the elderly in the care center for the elderly of the Municipality, retirees from the electric company and the "El Vado" neighborhood in the city of Cuenca in September and October 2022.

Method: A descriptive and transversal study. Surveys with three instruments (Jong Gierveld test, quality of life questionnaire (15D) and the socioeconomic stratification scale of the National Institute of Statistics and Censuses) and informed consent were applied to 68 people. The analysis of variables was made with tables of frequency and percentages in the program SPSS V23.0 (test).

Results: The study group is made up of 57.4% men. 39.7% between 65 and 74 years old, 50% married, 86.8% mestizo, 36.8% inactive. 45.5% of the typical middle class. Quality of life, in 13 of its 15 dimensions, is in category one or better quality of life; but, depression and anxiety in category five. The feeling of loneliness (moderately alone) predominated with 64.7%.

Conclusions: Predominate: men, people between 65 and 74 years old, mestizos, married and inactive. Most of the typical middle stratum and quality of life is in category one, except for depression and anxiety which are in category five. There is a predominance of "moderately alone".

Keywords: loneliness, older adults, quality of life.

Índice de contenidos

Resumen	2
Índice de contenidos	4
Agradecimiento	7
Dedicatoria	9
Capítulo I	11
1.1 Introducción	11
1.2 Planteamiento del problema	11
1.3 Justificación	12
Capítulo II	15
Fundamento teórico	15
2.1 Conceptos	15
2.2 Epidemiología del envejecimiento poblacional	16
2.3 La soledad y la salud	16
2.4 Las características sociodemográficas y la soledad	17
2.6 Intervención gerontológica	19
Capítulo III	20
Objetivos	20
3.1 Objetivo general	20
3.2 Objetivos específicos	20
Capítulo IV	21
Diseño metodológico	21
4.1 Tipo de estudio	21
4.2 Área de estudio	21
4.3 Universo	21
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	21
4.5 Variables	21
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información	22
4.7 Plan de tabulación y análisis	23
4.8 Aspectos éticos	25

Capítulo V	26
Resultados	26
Capítulo VI	31
Discusión	31
Capítulo VII	34
Conclusiones y recomendaciones	34
7.1 Conclusiones	34
7.2 Recomendaciones	34
7.3 Limitaciones	34
Referencias	35
Anexos	41
Anexo A. Matriz de operacionalización de variables	41
Anexo B: Formulario de recolección de datos	46
Anexo C: Consentimiento informado	56

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de 68 adultos mayores del CAAM municipal, Barrio El Vado y jubilados de la Empresa Eléctrica, según variables sociodemográficas. Cuenca-Ecuador, 2022	26
Tabla 2. Estratificación socioeconómica según el INEC de 68 adultos mayores del CAAM Municipal, Barrio "El Vado" y jubilados de la Empresa Eléctrica. Cuenca- Ecuador 2022	27
Tabla 3. Calidad de vida según la escala 15 D en 68 adultos mayores del CAAM Municipal, Barrio "El Vado" y jubilados de la Empresa Eléctrica. Cuenca- Ecuador 2022	28
Tabla 4. Nivel de soledad según el Test De Jong Gierveld de 68 adultos mayores del CAAM Municipal, Barrio "El Vado" y jubilados de la Empresa Eléctrica. Cuenca-Ecuador 2022	29
Tabla 5. Comparación de niveles de soledad en los distintos grupos de 68 adultos mayores del CAAM Municipal, Barrio "El Vado" y jubilados de la Empresa Eléctrica. Cuenca-Ecuador 2022	29

Agradecimiento

Al concluir con una etapa más en mi vida de formación, quiero extender un profundo agradecimiento a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza.

Esta mención especial es para mis padres, hermano, cuñada, sobrino y mi mejor amiga y compañera de tesis, Evelyn, quien ha caminado desde el inicio de la carrera y ha culminado la misma conmigo.

Mi gratitud sincera, también a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, a todos quienes integran el proyecto RECETAS y a nuestro tutor, Dr. David Acurio, por guiarnos y brindarnos su tiempo en el largo recorrido de este proyecto de investigación.

A los adultos mayores que fueron parte de nuestro proyecto, no solo por su participación, si no por sus palabras de aliento para continuar alcanzando metas propuestas.

Finalmente agradezco a quien lee este apartado y más de mi tesis, por permitir a mi proyecto de investigación y mi conocimiento, incurrir dentro de su formación.

Nancy Maribel Riera Romero

Mi más sincero agradecimiento a todos quienes conforman el proyecto RECETAS, especialmente a nuestro tutor, Dr. David Acurio, por permitirnos trabajar dentro de este gran proyecto, brindándonos su apoyo, compromiso y entrega durante el desarrollo de esta investigación.

A mi familia, quienes son un pilar fundamental en todos los logros alcanzados y los que están por venir, gracias por creer en mí.

A mi compañera de tesis y mejor amiga, Nancy, con quien empezamos y culminamos este camino juntas.

A los adultos mayores que formaron parte de esta investigación gracias no solo por el apoyo sino por sus consejos y motivación para continuar haciendo lo que amamos.

Evelyn Michelle Rivera Alarcón

Dedicatoria

Al motor que me ha impulsado para conseguir este logro, Rodolfo y Rosa, mis padres, quienes estuvieron conmigo en todo momento, siendo mi ejemplo de superación.

Rafael, mi hermano; Verónica, mi cuñada y Pablito, mi sobrino, quienes estuvieron siempre pendientes de mi carrera, alentándome y dándome fuerza.

A Mauricio, quien, con su amor, sus palabras y su ayuda, me ha motivado tanto en mi carrera como en este proyecto de investigación.

A mi abuelita Inés, que, aunque ya no esté conmigo, sé que estará orgullosa de mis logros.

Al Hospital Vicente Corral Moscoco y a las personas que como mis pacientes han sido la pieza principal para el aprendizaje en mi carrera.

Nancy Maribel Riera Romero

A mi apoyo incondicional y motor de vida, Jorge y Ninfa: mis padres, quienes son el vivo ejemplo de que el esfuerzo, la dedicación junto con el amor siempre dan frutos.

A mi primer paciente y ángel en el cielo, Laura, quien con su ejemplo, confianza y apoyo me alentó a ser la mujer que soy el día de hoy.

A mi ejército; John, Marilyn, Andrés y Ariel; mis hermanos, mi inspiración y motivación.

A Pablo, quien con su amor e infinita paciencia me ha motivado a ser mi mejor versión.

Al ser supremo que me permite estar y ser su instrumento a través de la medicina.

Evelyn Michelle Rivera Alarcón

Capítulo I

1.1 Introducción

El mundo está experimentando uno de los cambios más importantes para la sociedad, el envejecimiento; tal es así, que se ha visto un gran aumento en el número de adultos mayores. (1) Entre el 12 y el 40% de los adultos mayores de América Latina y el Caribe refieren como un problema, la soledad. (2)

En este estudio, que es parte de un proyecto de la Universidad de Cuenca denominado RECETAS, se utilizan dos conceptos clave: el aislamiento social y la soledad. Se entiende el aislamiento social como el hecho involuntario de perder el contacto con los demás individuos de la sociedad, perdiendo la interacción con los mismos y generando consecuencias en las condiciones de vida y salud. (3)

La soledad puede ser objetiva y subjetiva, la primera se refiere a la falta de compañía, la segunda es un sentimiento afectivo que va más allá de la presencia o no de otras personas y que se presenta sin buscarlo, es decir, no es una decisión. (4)

También podemos mencionar la soledad emocional, este concepto se refiere a la falta de relación íntima con otra persona, algunos han destacado síntomas de ansiedad presentes en este sentimiento.

La soledad está presente generalmente en las personas mayores, ya que aparecen factores como los cambios de la edad y a esto se suman enfermedades pre-existentes. (5)

Los profesionales de salud son actores clave para identificar de manera temprana los factores que influyen en el sentimiento de soledad de los adultos mayores; para esto, es necesario contar con los conocimientos suficientes para poder integrar la información que proporcionan los pacientes, comprender la situación y aportar disminuyendo el sentimiento de soledad y mejorando la calidad de vida. (6)

1.2 Planteamiento del problema

El envejecimiento es un inconveniente mundial que ha sido estudiado desde diferentes enfoques, pero el principal se refiere a los riesgos que conlleva el envejecimiento. El envejecimiento, junto con la soledad y el aislamiento social, son un problema de salud pública, desafortunadamente

Nancy Maribel Riera Romero - Evelyn Michelle Rivera Alarcón

minimizado o naturalizado como parte de la edad, por lo que no se incorpora en la información de salud de las personas y tampoco es parte de los objetivos que el país señala dentro de las políticas públicas en el campo de la salud y el bienestar. (7)

En nuestro medio pasa desapercibida esta triada: el envejecimiento, la soledad y el aislamiento social, a pesar de ser tan notorio incluso en procesos sociales tan determinantes, como la política, economía, migración, el diseño de las ciudades y de los servicios de salud.

Varios estudios internacionales demuestran lo importante que es tener lazos sociales para mejorar la calidad de vida, no solo en los adultos mayores, si no en todos los grupos etarios. Algunos estudios muestran el gran impacto que causan la soledad y el aislamiento social en la psiquis y en el diario vivir de los adultos mayores. Es así que este tema se vuelve de gran interés y mucho más en la actualidad, cuando todos nos hemos visto afectados fuertemente por el COVID-19 y sus consecuencias han sido invisibilizadas. (8)

Por lo antes mencionado, es imprescindible identificar la realidad local sobre el sentimiento de soledad en los adultos mayores y la calidad de vida de los mismos para en un futuro trabajar principalmente con trabajo social, interviniendo y previniendo la problemática, ya que esta crisis social conlleva un panorama mucho más grande que solamente el aislamiento social y el envejecimiento. (9)

A partir de esto nos formulamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de vida y sentimiento de soledad de los adultos mayores del Centro de atención al Adulto Mayor del Municipio (CAAM), moradores del barrio “El Vado” y jubilados de la Empresa Eléctrica?

1.3 Justificación

El incremento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de mortalidad, han permitido que cada vez sea mayor el número de personas adultas mayores, el desafío actual es que, junto a una mayor esperanza de vida exista calidad en la misma, no solo se busca vivir durante más tiempo, si no que las condiciones de existencia de los seres humanos sean mejores. (10)

A nivel mundial existen políticas que amparan los derechos de las personas adultas mayores, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos; a nivel regional está la convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; y en el Ecuador la Constitución junto a la ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019) y el

Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), que buscan que este grupo etario esté protegido. (11)

Estudiar la calidad de vida y las características sociodemográficas, nos permitirá conocer los procesos determinantes de la soledad en adultos mayores y ser de alguna manera una guía para plantear futuras estrategias que, desde un enfoque de promoción de la salud mejore las condiciones; no solo con atención médica o con prescripción de medicamentos, sino con otro tipo de tratamientos como lo es el apoyo social, psicológico y el mismo círculo social del que forma parte este grupo etario.

Esta investigación tendrá beneficios descritos a continuación para el proyecto RECETAS, así como a los grupos en los que se realizó el trabajo investigativo, pues los resultados serán compartidos con los adultos mayores y quienes estén a cargo de ellos; así, con el conocimiento se puede buscar soluciones e intervenir para disminuir el impacto de la soledad y el aislamiento social.

Los resultados de este estudio aportan información del tema sobre los grupos de adultos mayores que están dentro de este trabajo al proyecto RECETAS de la Universidad de Cuenca pues uno de sus objetivos es comprender los patrones y experiencia de la soledad en adultos mayores para luego desarrollar y evaluar soluciones novedosas, participativas, viables y rentables a este problema; todo esto realizado en la misma ciudad, junto con resultados de investigaciones que se están desarrollando en otras cinco ciudades del mundo, posteriormente los datos serán difundidos a través de la página web recetasproject.eu y otros canales oficiales para tener un alcance internacional.

Esta investigación aporta información en los procesos de promoción de la salud y la intervención social y posibilita crear evidencia que podría ayudar a comprender el sentimiento de soledad de los adultos mayores, para que futuras investigaciones encuentren la relación entre la soledad, la salud mental y física además de la manera de reducir estas dificultades, creando soluciones y convirtiendo este tema en parte de las prioridades de la salud pública.

La investigación aporta al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población adulta mayor de los grupos ya antes mencionados donde fue aplicado el estudio.

El presente trabajo está dentro de la línea de investigación número once del Ministerio de Salud; llamada, salud mental y trastornos del comportamiento, en el cual se menciona la depresión y distimia; y, dentro del mismo se mencionan los grupos vulnerables. En este caso la investigación

Nancy Maribel Riera Romero - Evelyn Michelle Rivera Alarcón

se realizó en grupos de adultos mayores y dentro de los temas que se desarrollaron se encuentra la depresión.

Por estas razones este trabajo de investigación pretende informar, pues se han obtenido datos sobre la calidad de vida, las características sociodemográficas y el sentimiento de soledad que han desarrollado los adultos mayores en tres sectores importantes a donde acude con frecuencia la población adulta mayor de la ciudad de Cuenca. Los resultados obtenidos permitirán conocer sobre la calidad de vida y sentimiento de soledad en la que está inmerso este grupo vulnerable y de allí partir para que los encargados de estos sectores puedan crear las estrategias que el sector de salud podría plantear para mejorar estas condiciones.

Los resultados se difundirán en la biblioteca digital de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca con el fin de generar reflexión en los sistemas de salud.

Capítulo II

Fundamento teórico

2.1 Conceptos

El envejecimiento, tiene varias acepciones y muchos lo han considerado como una construcción socio-antropológica y por lo tanto relativamente subjetiva. Algo que sí queda claro es que es un proceso que comienza en un tiempo que no se ha determinado, ya que varía en todos los individuos, esto depende del comportamiento, sentimiento, emociones, etc. El envejecer tiene un aspecto físico y psicológico; hay personas que con edades avanzadas aún mantienen su fuerza física y capacidades intelectuales intactas, en comparación con otras personas que han perdido sus motivaciones, se han aislado, han presentado demencia, etc. (2)

La población adulta mayor se distribuye de manera empírica, esto se refiere a la actualidad, en proporciones aproximadas de: un 68% normal, 20% patológica y 12% con éxito; y, de manera teórica que se refiere al futuro en proporciones aproximadas de: 70% normal, 20% patológica y 5% con éxito. (2)

Estos cambios, estas diferencias, no están solo determinadas por la herencia, si no que todos los individuos recibimos influencia de la sociedad, cultura y funcionamiento psicológico en la cual nos desenvolvemos a lo largo de nuestra vida. La soledad es uno de los principales determinantes de la salud física y emocional de las personas adultas mayores, con este sentimiento, la persona empieza a verse afectada a tal punto de abandonarse, de tener una baja autoestima y cambiar su estilo de vida. En el adulto mayor la soledad puede llevar al individuo hasta la psicosis y enfermedades como Alzheimer, Parkinson, entre otros. (9,12)

La soledad se ha clasificado en dos tipos: la soledad emocional se describe como la respuesta subjetiva a la pérdida o falta de una figura de apego y la soledad social es la pérdida de roles dentro de la sociedad donde se desarrolla el individuo. La soledad no deseada es vista como una sensación involuntaria ligada con la ausencia de vínculos emocionales que pueden ser tanto cercanos, como una pareja o mejor amigo, mientras la dimensión de la soledad social es aquella en la cual, pese a tener contacto con otras personas no existe sentimiento de pertenencia grupal; por otro lado, el aislamiento social siendo objetivo se asocia a la búsqueda voluntaria de un distanciamiento. (13, 14)

2.2 Epidemiología del envejecimiento poblacional

De acuerdo con el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la Comisión Económica para América Latina, en los países latinos y del Caribe, la población mayor de 60 años aumentará mayormente en comparación con los otros grupos etarios. Esta población crecerá de 3 a 5 veces más entre 2025 y 2050. (15)

En el artículo titulado *El envejecimiento de la población en Ecuador: la revolución silenciosa*, elaborado en el año 2020 por Miller, T y Mejía-Guevara, I; se menciona que: “Ecuador se convertirá en una sociedad envejecida para el año 2065; es decir, el grupo de personas de 60 años y más será el grupo mayoritario del país. Los autores estiman que la esperanza de vida en Ecuador alcanzará los 82.3 años. (16)

2.3 La soledad y la salud

La importancia de este sentimiento radica en que es considerado un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad de la población en general más aún en adultos mayores, es comparable con otros factores tales como fumar, obesidad, falta de ejercicio, hipertensión arterial, inadecuada respuesta a infecciones, disminución cognitiva y trastornos mentales como depresión o demencia de esta manera se ve afectada directamente el estado de salud en general, así como su calidad de vida. (17, 18)

La soledad conduce a la disminución de apoyo social y familiar, a ser vulnerable a distintas enfermedades, al deterioro de los órganos de los sentidos y funciones intelectuales, las mismas que crean inestabilidad en los adultos mayores, llegando finalmente a manifestarse como déficit del sistema inmunológico, cefalea, cardiopatías, alteraciones en la digestión, en la excreción, insomnio, etc. Dentro del plano psicológico se presenta baja autoestima, alcoholismo, depresión, ansiedad, ideas suicidas; aún más, cuando a todo esto se acompaña la pérdida de la pareja. (17,18)

En el trabajo de investigación *Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores*, desarrollado por Palma-Ayllón, E., Escarabajal-Arrieta, M.; una revisión sistemática de artículos comprendidos entre 2014 y 2019, que contengan el conjunto de palabras “adultos mayores”, “soledad” y “salud” en bases bibliográficas como PubMed y Web of Science; se obtuvo como resultado:

- *El sentimiento de soledad está asociado a trastornos psicológicos como ansiedad, nerviosismo o angustia.*

- *La soledad está asociada a un mayor riesgo de depresión, fragilidad física.*
- *La soledad como factor predictor de deterioro cognitivo y como síntoma relevante en el Alzheimer.*
- *Mala salud mental como consecuencia de la soledad.*
- *Mayor predisposición a sufrir una enfermedad crónica.*
- *El sentimiento de soledad está asociado con un mayor riesgo de mortalidad. (19)*

2.4 Las características sociodemográficas y la soledad

Aunque en primera instancia parezca que las variables sociodemográficas no influyen en el sentimiento de soledad como lo hacen otros factores, existe evidencia de este hecho. Estudios demuestran que los siguientes grupos son un factor de riesgo para sentir soledad: las mujeres, las personas más mayores, las personas no casadas o que no tienen una pareja confidente, las personas que viven solas, las personas que tienen niveles más bajos de estudios, las personas que tienen menos ingresos económicos. (20)

La calidad de vida definida por la Organización Mundial de la Salud es la forma subjetiva en cómo se percibe un individuo dentro de un contexto cultural y de valores en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Según la etapa de vida en la que los seres humanos se encuentren, sus metas, así como sus expectativas cambian, por lo tanto, están directamente relacionadas con la salud física y psicológica del adulto mayor. Por lo que engloba cinco dominios tales como: salud general, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente para los cuales tiene 26 ítems de calificación, aquí el nivel de satisfacción indica la calidad de vida, pues a mayor puntuación mejor calidad de vida. (21, 22, 23)

La calidad de vida depende ampliamente de las circunstancias tanto sociales como culturales del medio en el que se desarrolle un individuo; por lo tanto, para un adulto mayor, su vida debería ser larga y sin limitaciones funcionales como un componente clave del envejecimiento tal y como lo plantean Gerok y Brandstáde. Sin embargo, esto se aleja de la realidad, pues la calidad de vida si se ve afectada por los cambios que sufre el ser humano; no solo desde el punto físico donde aparecen comorbilidades y deficiencias cognitivas sino también el paso de etapas sociales que incluyen la jubilación, pérdida de compañeros de vida y amigos por lo que mantener la mejor calidad de vida o incluso mejorarla es más complicado con el paso de los años. (24)

En el municipio de Hyvinkaa, Finlandia se realizó un trabajo que estudió la calidad de vida en 422 adultos mayores antes y después de realizar visitas domiciliarias divididos en dos grupos uno de control y otro de intervención durante 2 años; al inicio ambos grupos mostraban una

Nancy Maribel Riera Romero - Evelyn Michelle Rivera Alarcón

calidad de vida de 0,81 según la escala 15D (se puntúa de 0 a 1, mientras más cercano al 1 se encuentre el valor mejor calidad de vida presenta) sin embargo al volver a realizar el test en los adultos mayores al cabo del tiempo de estudio se evidencia notable mejora en el grupo de intervención sobre todo en las esferas como el sueño, función mental, síntomas de malestar y vitalidad. (25)

En Finlandia a finales de 1970, se creó el 15D que es un instrumento útil para medir la calidad de vida relacionada con la salud en adultos; este abarca 15 dimensiones entre las cuales tenemos movilidad, visión, audición, sueño, alimentación, respiración, excreción, habla, actividades habituales, función mental, malestar y síntomas, depresión, angustia, vitalidad y actividad sexual. Cada una de las dimensiones es calificada en una escala de orden con 5 niveles, dentro del primer nivel está la funcionalidad completa mientras que los demás niveles indican una funcionalidad decreciente, puntuado de 0 a 1, en donde 0 indica muerte y 1 indica mejor calidad de vida. (26, 27, 28)

La estratificación social está ligada directamente con la calidad de vida de los seres humanos, pues esta se traduce como la existencia de diferencias sociales de acuerdo con la posesión de recursos, así como la ubicación de un individuo tanto social como políticamente y de esta manera es como aparecen las distintas capas sociales. En nuestro país el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) creó una encuesta para determinar la estratificación social de nuestra población, aquí fueron valoradas cuatro categorías que a su vez se desglosan en 18 ítems a evaluar; las categorías incluyen características de la vivienda, servicios del hogar, gastos del hogar y bienes. El resultado de esto es 5 grupos socioeconómicos, nombrados con letras como A, B, C+, C- y D fueron clasificados de acuerdo con el puntaje de 845 a 1000 puntos, 696 a 845, 535 a 696, 316 a 535 y 0 a 316 puntos, correspondientemente. (29, 30)

Una forma de valorar la soledad en adultos mayores es a través de escalas que la midan, por ejemplo, la escala De Jong Gierveld misma que está basada en los modelos teóricos de este autor, esta puede valorar mediante 11 ítems, tanto la soledad emocional (6 ítems) como social (5 ítems). Las opciones de respuesta son 1=no, 2 = más o menos y 3= sí; finalmente se puede calcular que 0 significa que el paciente no siente soledad mientras que 11 significa que el paciente se siente muy solo. Las variables serán dicotomizadas de acuerdo a las indicaciones del autor del instrumento para procesar la escala; en los ítems 1,4,7,8 y 11 se asignará un punto cuando la respuesta sea “más o menos” o “no”; por otro lado, para los ítems restantes se asignan un punto cuando la respuesta sea “más o menos” o “sí” (31,32)

La manera como afecta la soledad en la cognición de los adultos mayores fue estudiada durante julio de 2011 y mayo de 2012 en España, mediante una entrevista cara a cara con 1961 pacientes. Para la parte cognitiva se usaron 5 pruebas: recuerdo verbal de palabras, lista de palabras, CERAD 35, rango de dígitos y la escala de inteligencia para adultos de Wechler; mientras que, para el estudio de soledad se usó la Escala de Soledad UCLA. Como resultado se obtuvo que la soledad y la cognición están asociadas significativamente, por ello la importancia de estar alertas a este estado en los adultos mayores ya que previene un estado de alto riesgo de deterioro cognitivo. (33)

La soledad asociada a la depresión fue estudiada en 1990 individuos en España, en donde una cuarta parte de ellos se sentía solo mientras que uno de cada 10 individuos sufría de depresión. Se vio que las personas que experimentan soledad tipo crónica tenían un alto riesgo de presentar depresión mayor siendo este mucho mayor que en el caso de quienes experimentaban simplemente soledad, sin embargo, no dejó exento al segundo grupo. (34)

Así como la salud física y mental se ven afectadas por la soledad a su vez la calidad de vida disminuye para quienes la padecen, esto se vio demostrado en un estudio en 2995 adultos suecos y 4154 españoles que participaron en el estudio sobre salud, envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE), dando como resultado que a mayor soledad menor calidad de vida tenían los pacientes, lo mismo sucedió en el caso del aislamiento social. (35)

Debido a la importancia de la soledad, en Estados Unidos se realizó un estudio aleatorio sobre Soledad y aislamiento social en 7982 adultos mayores que se encuentran dentro del programa de asegurados Medicare UnitedHealthCare donde se evidencia que un 44,3% del total de participantes sufre soledad y de este porcentaje, el 19,5% sufren soledad tipo severa mientras que el 24,8% sufre soledad de tipo moderada; llama la atención la asociación significativa entre la soledad severa y moderada con un mayor riesgo de mortalidad que arroja este estudio. (36)

2.6 Intervención gerontológica

Varios autores han determinado seis pilares básicos para enfrentar el sentimiento de soledad en adultos mayores: actividad física, masoterapia, musicoterapia, rehabilitación, actividades lúdicas y aromaterapia. Cada una de estas actividades deberán ajustarse a la realidad del lugar donde se realizarán. También se han propuesto actividades colectivas que incluyen a familiares, vecindad y programas educativos. Estas actividades no solo serán óptimas para la prevención de la soledad, si no para mejorar la calidad de vida y mantener la salud tanto física como psicológica. (15)

Capítulo III

Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la calidad de vida y sentimiento de soledad de los adultos mayores del centro de atención al adulto mayor del Municipio, jubilados de la empresa eléctrica y barrio “El Vado” en la ciudad de Cuenca en septiembre y octubre del 2022.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Determinar las características sociodemográficas de la población estudiada: edad, sexo, estado civil, etnia, lugar de residencia, ocupación.
- 3.2.2 Identificar la estratificación socioeconómica y calidad de vida de la población en estudio.
- 3.2.3 Determinar el nivel de soledad mediante las escalas en los adultos mayores como población de estudio.
- 3.2.4 Comparar el nivel de soledad entre los distintos grupos de personas.

Capítulo IV

Diseño metodológico

4.1 Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal

4.2 Área de estudio

Lugares: Centro de Atención del Adulto Mayor del Municipio de Cuenca (CAAM), Jubilados de la Empresa Eléctrica de Cuenca, Barrio El Vado de la ciudad de Cuenca.

Ubicación: Cuenca, Azuay, Ecuador

4.3 Universo

Se trabajó con el universo de adultos mayores pertenecientes al Centro de Atención del Adulto Mayor y la Asociación de Jubilados de la Empresa Eléctrica, y a la totalidad de adultos mayores que residen en el barrio “El Vado” de la ciudad de Cuenca. Se aplicó los criterios de inclusión y exclusión, además de la accesibilidad (viviendas vacías y adultos mayores recientemente fallecidos a causa del COVID-19 u otros padecimientos).

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Personas adultas mayores que se encuentren dentro de los grupos antes mencionados.
- Personas mayores de 65 años que han expresado su voluntad de participar y firmado el consentimiento informado

4.4.2 Criterios de exclusión

- Personas que no se encuentren en la capacidad de responder la encuesta.
- Personas que no hayan firmado el consentimiento informado para la realización de este estudio.
- Personas con edad menor a los 65 años
- Personas que no pertenezcan a los grupos antes mencionados.

4.5 Variables

- Edad

- Sexo
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Lugar de residencia.
- Estratificación social
- Nivel de Soledad según Escala de Jong Gierveld
- Calidad de vida (15 D)

Matriz de operacionalización de variables. Ver anexo 1.

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

El presente es un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, que utilizó una encuesta a personas adultas mayores, esta encuesta consta de tres instrumentos: test de Jong Gierveld de soledad, test 15D de calidad de vida y una encuesta de estratificación social del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Los instrumentos utilizados como el enfoque de la investigación son tomados del proyecto RECETAS que implementa la Universidad de Cuenca en la ciudad del mismo nombre.

Las encuestas fueron llenadas de manera presencial y una vez explicado el objetivo y firmado el consentimiento informado por parte de los participantes.

El instrumento empleado fue un formulario, en el cual se organizó para la recolección de datos de la población en estudio, que incluyeron variables relacionadas con datos sociodemográficos, test de Jong Gierveld, cuestionario de calidad de vida (15D) y la escala de estratificación socioeconómica del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Previo al llenado de la encuesta se informó a los participantes sobre el proyecto, así como se entregó y se dio posterior lectura al consentimiento informado que fue debidamente firmado para el posterior inicio de la encuesta.

Esta encuesta consta de 4 partes:

1. Sociodemográficos tales como: edad por rangos, sexo, estado civil, etnia, estado de jubilación, ocupación, jubilación.
2. Cuestionario de calidad de vida (15D): tiene 15 apartados que incluyen: movilidad, visión, audición, respiración, sueño, alimentación, discurso, excreción, actividades habituales, función mental, incomodidad y síntomas, depresión, ansiedad, vitalidad y actividad sexual. Cada uno de estos apartados consta de cinco opciones en donde la primera

corresponde a la mejor funcionalidad y la última opción la peor funcionalidad, se puntúan con un valor entre el 0 y el 1.

3. Escala de soledad de De Jong Gierveld: consta de 11 ítems sobre la cotidianidad y soledad. Contienen las opciones nunca, rara vez, algunas veces, muy a menudo y siempre; en donde las preguntas 2,3, 5,6, 9 y 10 corresponden a soledad emocional y las preguntas 1,4,7,8 y 11 corresponden a soledad social, las dos a su vez representan la soledad total que posteriormente fue clasificada por puntajes.
4. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico: se centra en las características de la vivienda, acceso a la tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación y actividad económica del hogar.

El estudio fue supervisado por el Dr. David Acurio, director y asesor de esta investigación además del equipo técnico del proyecto RECETAS.

4.7 Plan de tabulación y análisis

Posterior a la recolección de datos, los mismos fueron tabulados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23.0. (versión de prueba) Para el procesamiento de los datos se codificó numéricamente cada una de las encuestas mismas que fueron tabuladas en una base de datos para su posterior procesamiento. Los datos de cada variable fueron analizados de acuerdo a sus escalas y fórmulas correspondientes (estratificación socioeconómica del INEC, test de Jong Gierveld y 15D calidad de vida).

La fiabilidad de cada uno de los instrumentos ha sido determinada con el coeficiente Alpha de Cronbach, el resultado se expresa en un valor entre el 0 y 1, mientras más se acerque a 1, mayor fiabilidad tiene la escala o test.

4.7.1 Escala de calidad de vida 15D

Existen quince preguntas con respuestas codificadas como: 1, 2, 3, 4, 5

Una vez elegida una de estas respuestas la misma será transformada a un valor comprendido entre el 0 y el 1 donde el mínimo = 0 (estar muerto) y máximo = 1 (sin problemas en ninguna dimensión)

Esta transformación se realiza mediante un comando propio de la escala 15D en el programa SPSS.

La puntuación total es igual a la suma de todos los ítems.

Alpha de Cronbach: 0,96

4.7.2 De Jong Gierveld Escala de soledad

Codificación: "sí", "más o menos" y "no"

Puntuación de soledad emocional

Puntuación 1 = suma de respuestas neutras y positivas ("más o menos" o "sí") en los ítems 2, 3, 5, 6, 9, 10

Puntuación de soledad social

Puntuación 2 = suma de respuestas neutras y negativas ("no" o "más o menos") en los ítems 1, 4, 7, 8, 11.

Puntuación total de soledad

Puntuación total = suma de las puntuaciones de soledad emocional y social

Mínimo=0 (No solo) Máximo=11 (Extremadamente solo). Si falta alguna pregunta, la puntuación correspondiente no es válida.

Valores de corte: 0-2 no solo; 3-8 solitario moderado; 9-10 soledad severa; 11 soledad muy grave.

Alpha de Cronbach: oscila entre 0,81 y 0,90

4.7.3 Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del INEC:

Alpha de Cronbach: oscila entre 0,786

Una vez obtenidos los resultados, a todos se realizaron medidas de tendencia central con tablas de frecuencia y porcentajes para su presentación.

4.8 Aspectos éticos

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont, las pautas CIOMS y la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- Respeto a la persona y comunidad que participó en el estudio mediante el compromiso de las autoras a guardar la confidencialidad del manejo de la información.
- Cumplimos e hicimos cumplir las normas bioéticas nacionales e internacionales mencionadas anteriormente, durante todo el proceso del desarrollo de la investigación.
- No se expuso a ningún ser humano a riesgos ni daños potenciales, debido a la metodología de nuestro estudio (descriptivo, retrospectivo).
- La selección equitativa de sujetos para la investigación fue guiada por la necesidad científica, mediante criterios de inclusión y exclusión amplias y compatibles con la interrogante de investigación.
- Se aseguró la evaluación independiente del estudio propuesto, presentando todos los avances, alteraciones y resultados del estudio al Comité de Bioética en Investigación de la Salud y al Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas.
- La confidencialidad se garantizó a través del anonimato en la encuesta y la aprobación del consentimiento informado.
- Los datos obtenidos fueron de uso exclusivo para esta investigación y una vez obtenida la calificación de titulación los datos serán eliminados y destruidos.

Capítulo V

Resultados

Este estudio se realizó aplicando encuestas que constan de 3 instrumentos, con su consentimiento informado firmado a 68 adultos mayores de tres distintos sectores, 24 del Centro de cuidados al Adulto Mayor del Municipio (CAAM), 12 del Barrio El Vado y 32 personas del grupo de Jubilados de la Empresa Eléctrica. Los datos recolectados se ingresaron en una base de datos anónima en el paquete estadístico SPSS versión 23.0, los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Tabla 1. Distribución de 68 adultos mayores del CAAM municipal, Barrio El Vado y jubilados de la Empresa Eléctrica, según variables sociodemográficas. Cuenca-Ecuador, 2022

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	65 hasta 74 años	27	39,7
	75 hasta 84 años	23	33,8
	85 hasta 90 años	16	23,5
	Mayores a 90 años	2	2,9
Sexo	Masculino	39	57,4
	Femenino	29	42,6
Estado civil	soltera/o	8	11,8
	casada/o	34	50,0
	viuda/o	23	33,8
	divorciada/o	3	4,4
Etnia	Mestizo	59	86,8
	blanco	5	7,4
	indígena	1	1,5
	No sabe	3	4,4
Ocupación	Trabajadores no calificados	6	8,8
	Desocupados	17	25,0
	Inactivos	25	36,8
	Trabajador de los servicios y comerciantes	15	22,1
	Empleados de oficina	1	1,5
	Técnicos y profesionales de nivel medio	2	2,9
Jubilación	Si	53	77,9
	No	15	22,1

Total	68	100
--------------	----	-----

Fuente: Base de datos

Elaboración: Riera N, Rivera E.

Interpretación: De la población de adultos mayores en estudio el 39,7% tienen una edad entre los 65 y 74 años de edad, seguidos por el grupo de 75 a 84 años que corresponde al 33,8%. Existe un predominio del sexo femenino con un 57,4% mientras que el sexo masculino representa un 42,6%.

El 50% de la población se encuentra casado y continuo un 33,8% que es viudo/a. El 86,8 % se autoidentifica como mestizo, sin embargo, existe un 4,4% de la población que desconoce su etnia.

La totalidad de la población estudiada se distribuyó en la zona urbana. El 36,8% de los adultos mayores se encuentran inactivos de su ocupación y un 25% se hallan desocupados seguidos de un 22,1% que se dedican al comercio o los servicios. Un 77,9% de los adultos mayores se encuentran jubilados en contraparte al 22,1% que no lo están.

Tabla 2. Estratificación socioeconómica según el INEC de 68 adultos mayores del CAAM Municipal, Barrio "El Vado" y jubilados de la Empresa Eléctrica. Cuenca- Ecuador 2022

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	3	4,4
Medio bajo	15	22,1
Medio típico	31	45,6
Medio alto	19	27,9
TOTAL	68	100

Fuente: Base de datos

Elaboración: Riera N, Rivera E.

Interpretación: De las cinco categorías del estrato socioeconómico, la más puntuada fue el estrato medio típico con un 45,6%, seguida de un 27,9% de la categoría medio alto, la categoría alto no obtuvo un porcentaje y su contrapuesto en el nivel bajo está un 4,4%.

Tabla 3. Calidad de vida según la escala 15 D en 68 adultos mayores del CAAM Municipal, Barrio "El Vado" y jubilados de la Empresa Eléctrica. Cuenca- Ecuador 2022

Dimensión	Valor medio de la dimensión
Movilidad	0,85
Visión	0,79
Oído	0,84
Respiración	0,90
Sueño	0,81
Comer	0,99
Discurso	0,97
Excreción	0,84
Actividades Habituales	0,89
Función Mental	0,89
Incomodidad y síntomas	0,83
Depresión	0,78
Ansiedad	0,74
Vitalidad	0,83
Actividad sexual	0,76

Fuente: Base de datos
Elaboración: Riera N, Rivera E.

Interpretación: Los resultados del test de calidad de vida 15D, muestran que existen cuatro dimensiones de la calidad con cambios importantes en la calidad de vida y en las que se obtiene un valor menor a 0,8, estas son; la visión con un 0,79; depresión con el 0,78; ansiedad 0,74 y la actividad sexual con el 0,76.

En los adultos mayores estudiados las dimensiones como el sueño 0,81, movilidad 0,85, oído y excreción con un 0,84, vitalidad con un 0,83, apenas superan este valor. Actividades habituales, así como función mental que obtienen el 0,89.

Por otro lado, tenemos a las dimensiones que más se acercan al 1 (buena calidad de vida) son el comer con el 0,99, el discurso 0,97, la respiración con el 0,90.

Tabla 4. Nivel de soledad según el Test De Jong Gierveld de 68 adultos mayores del CAAM Municipal, Barrio “El Vado” y jubilados de la Empresa Eléctrica. Cuenca-Ecuador 2022

TIPO DE SOLEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No se siente solo	17	25,0
Se siente moderadamente solo	44	64,7
Se siente solo	7	10,3
TOTAL	68	100

Fuente: Base de datos
Elaboración: Riera N, Rivera E.

Interpretación: Con respecto al tipo de soledad, más de la mitad de los adultos mayores se sienten moderadamente solos, seguidos de un 25% de casos en donde no se sienten solos; sin embargo, se debe tener en cuenta que existe un 10,3% que afirman sentirse solos, ninguno de los participantes se englobó en la categoría de se siente muy solo.

Tabla 5. Comparación de niveles de soledad en los distintos grupos de 68 adultos mayores del CAAM Municipal, Barrio “El Vado” y jubilados de la Empresa Eléctrica. Cuenca-Ecuador 2022

LUGAR DE RESIDENCIA	TIPO DE SOLEDAD						
	No se siente solo		Se siente moderadamente solo		Se siente solo		Total
CAAM Municipal	7	31,8%	10	45,5%	5	22,7%	100%
Barrio El Vado	2	16,7%	8	66,7%	2	16,7%	100%
Empresa eléctrica	8	23,5%	26	76,5%	0	0%	100%
TOTAL	17	25%	44	64,7%	7	10,3%	100%

Fuente: Base de datos
Elaboración: Riera N, Rivera E.

Interpretación: Dentro de la categoría de individuos que no se sienten solos lideran el CAAM municipal con un 31,8%, seguido de los jubilados de la empresa eléctrica con un 23,5% y por último el Barrio El Vado en donde existe un 16,7%. Para la categoría de quienes se sienten moderadamente solos predominan los jubilados de empresa eléctrica con un 76,5%, posterior está el Barrio El Vado con un 66,7% y por último el 45,5% que pertenece al CAAM municipal. Por último, dentro de la categoría de se siente solo el 22,7% corresponde al CAAM municipal, un 16,7% le pertenece al Barrio El Vado, ningún participante de los jubilados de la empresa eléctrica se engloba en esta categoría, así como se menciona anteriormente no existe ningún participante de ningún sector en la categoría correspondiente a se siente muy solo.

Capítulo VI

Discusión

El presente estudio fue realizado con 68 participantes, la mayoría de ellos de sexo masculino, la mitad están casados, se auto identifican como mestizos, en cuanto a su ocupación mayormente se encuentran inactivos de su profesión u oficio o están desocupados.

Si bien no supone que esa distribución de la población en nuestro estudio sea igual a la distribución general de la población adulta mayor de Cuenca, es posible compararla con el estudio realizado por la Universidad de Hacettepe, Turquía, en el año 2018 que refleja que el rango de edad más prevalente estaba entre los 65 a 75 años de edad con un 56,7%, Y una distribución distinta por género, pues el género femenino tenía una predominancia con el 53.3%, el estado civil soltero se sobrepone al casado con un 70% frente a un 30%. (37)

En Reino Unido en el año 2018, una investigación sobre el estilo de vida en adultos mayores, demuestra que el sexo femenino es superior al masculino con un porcentaje del 66,4%, con un grupo étnico que pertenece a la raza blanca del 98,6% y que además acerca de la ocupación, el 93,7% se encuentran retirados. (38)

Al comparar estos resultados se visualiza que el sexo varía; sin embargo, se debe considerar que esto es debido a que uno de los sectores de nuestro estudio es el grupo de jubilados de la empresa eléctrica quienes tienen mayor cantidad de personal masculino laborando y por ende sus jubilados casi en su totalidad son hombres. Por otra parte, la etnia también varía pues el lugar de los trabajos predispone al aumento de una etnia sobre otras. (38)

Dentro de las dimensiones que visualiza el instrumento para determinar la calidad de vida 15D cada una es valorada dentro del rango de valores comprendido entre el 0 que es el peor estado y el 1 que es el mejor; en este estudio los apartados más afectados incluyen las dimensiones depresión (0,78), ansiedad (0,74), visión (0,79) y actividad sexual (0,76) mientras que los menos afectados corresponden a comer (0,99), discurso (0,97), respiración (0,90), actividades habituales (0,89) y función mental (0,89)

En Finlandia en el año 2020, en un estudio de la calidad de vida en adultos mayores con enfermedad cardiovascular estable frente a un grupo de control, las dimensiones de comer y discurso están cercanas a la mejor calidad de vida con un valor de 0,96 y 0,94 respectivamente; mientras que la actividad sexual (0,64), actividades habituales (0,72) y movilidad (0,73) tienen la

menor puntuación. Existen valores medios como en la dimensión de excreción (0,76), discurso (0,75), función mental (0,74) y vitalidad (0,76), comportamiento que es similar al de nuestra investigación. (39)

La Universidad de Helsinki publicó en el 2018 un estudio sobre la calidad de vida en adultos mayores, donde se aplica el 15D en pacientes adultos mayores con demencia y un grupo de control, en los dos grupos se ve que las esferas más afectadas son la excreción, depresión, ansiedad, vitalidad, función mental y actividades habituales. (40)

Contrastando los estudios presentados, es notable que los ámbitos más estables son el comer y el discurso mientras que así mismo se ven más afectadas las esferas que corresponden con depresión, ansiedad y actividad sexual.

El sentimiento de soledad que fue estudiado con la escala De Jong Gierveld clasifica a esta en 4 niveles, no se siente solo, se siente moderadamente solo, se siente solo y se siente muy solo. En esta investigación el 64,7% refiere una percepción de soledad de tipo se siente moderadamente solo, mientras que un 10,3% de los adultos mayores sufre soledad o se siente solo. El porcentaje restante no aplica a ningún nivel de soledad y se debe tomar en cuenta que el sentimiento más severo de soledad que indica un puntaje de 11 en la escala no tuvo ningún porcentaje.

En Ámsterdam, en el año 2020, se aplicó esta escala con el fin de estudiar la soledad, fragilidad y su relación con la elevación del riesgo de mortalidad y se evidenció que de los 1427 adultos mayores en quienes se realizó, el 36,4% sufre soledad, aunque esta no sea clasificada por niveles si no se evaluó a nivel general quienes sienten o no soledad. (41)

El centro de salud pública de la University of the West England (UWE) en el año 2021 realizó un estudio con la finalidad de reducir la soledad en adultos mayores del Bristol Ageing Better (BAB) y al aplicar la escala antes mencionada indica que el 39% de los participantes se sienten solos, un 23,9% se sienten moderadamente solos mientras aquellos que no se sienten solos acumulan un puntaje del 37%. (42)

En Minneapolis, Estados Unidos se realizó un estudio en 124 pacientes con una media de edad de 71 años con el fin de observar características de aislamiento social y soledad entre los adultos mayores, así como aspectos personales y sus influencias, este mostró como resultado que el 38% de los participantes sufren aislamiento social y el 32% siente soledad. (43)

Al comparar estos resultados se evidencia que los porcentajes varían de un estudio a otro; sin embargo, en los tres estudios existe soledad en porcentajes importantes y aunque el porcentaje de quienes no se sienten solos es más alto en dos de los tres trabajos, su aparición requiere atención e intervención.

Capítulo VII

Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

Con base en el estudio realizado, se observó que los adultos mayores de los grupos seleccionados tienen cambios en su calidad de vida, estos incluyen cambios en la salud física pero mayormente en la salud mental; ya que, existe un predominio en el sentimiento de soledad, indistintamente del grupo de estudio y de las características sociodemográficas. Casi la totalidad del grupo en estudio pertenece a un estrato socioeconómico medio típico y esto no es mayormente un factor que influya en el nivel de soledad de los diferentes participantes.

7.2 Recomendaciones

- Ampliar cobertura en los servicios de salud extramurales pertenecientes al sistema público para búsqueda y localización de adultos mayores.
- Fomentar la formación de grupos de apoyo para combatir problemas de soledad y aislamiento en adultos mayores.
- Aumentar la capacidad o el número de centros de atención al adulto mayor, para que estos tengan mayor promoción de sus servicios y cobertura a los adultos mayores de la ciudad.
- Futuras líneas de investigación pueden intervenir en los programas para promocionar una vida activa, saludable, que permita compartir con grupos, mejorar la comunicación y entablar nuevas relaciones para combatir la soledad.

7.3 Limitaciones

- Dificultad para localizar a adultos mayores dentro de sus viviendas durante el recorrido por el barrio El Vado, debido a que las direcciones de muchos adultos mayores se desconocen entre vecinos del mismo sector.

Referencias

1. ONU. Perspectivas de la población mundial de 2019, para 2050. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Martínez TJ, González CM, Castellón G, González Aguiar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. 2018; 8:1. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf>
3. Gené-Badia J. et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. Atención Primaria. 2020;52(4):224-232. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718303810>
4. Steinmetz L, Cecilia L. Análisis de soledad objetiva y subjetiva en intentos de suicidio.:28. https://www.researchgate.net/publication/323316251_Analisis_de_soledad_objetiva_y_subjetiva_en_intentos_de_suicidio_Premio_Facultad_de_Psicologia_Universidad_de_Buenos_Aires_2017_aportes_de_la_psicologia_para_la_lectura_del_mundo_contemporaneo_pp_103-
5. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. International Psychogeriatrics. Cambridge University Press; 2016;28(4):557–76.
6. Villar-Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. peruana. 2011; 28(4):237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es.
7. Holt-Lunstad J. The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. Public Policy & Aging Report. 30 de diciembre de 2017;27(4):127-30. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>
8. Pinazo-Hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. Revista Española de Geriatria y Gerontología. septiembre de 2020;55(5):249-52. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664>
9. Calle-Rodríguez AB, Fernández-Aucapiña NY, Flores-Lazo ET, Urgiles-León SJ. Aislamiento social del adulto mayor frente al COVID-19, en el Centro Gerontológico de Atención Diurna del Cantón Sevilla de Oro: Apuntes desde el Trabajo Social. Polo del

- Conocimiento; Vol 6, No 2 (2021): FEBRERO 2021DO- 1023857/pc.v6i22241 [Internet].
1 de febrero de 2021; Disponible en:
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2241>
10. García-López L, Quevedo-Navarro M, La-Rosa-Pons Y, Leyva-Hernández A. Calidad de vida percibida por adultos mayores. *Medimay* [Internet]. 2020 [citado 9 Ene 2023]; 27 (1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1561>
 11. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección de Estudios y Análisis. Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional. Documento de trabajo Nro.MIES-CGEDI-DEA-2020-09-DT. 2020. https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/atencion_intergeneracional/2020/analisis_de_programas_de_atencion_a_personas_adultas_mayores_a_nivel_internacional.pdf
 12. Gené-Badía J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*. abril de 2020;52(4):224-32. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718303810>
 13. Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 Sep-Oct; 90:104119. doi: 10.1016/j.archger.2020.104119. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32562956. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494320301138?via%3Dihub>
 14. CATTAN MIMA, WHITE MARTIN, BOND JOHN, LEARMOUTH ALISON. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. Cambridge University Press; 2005;25(1):41–67.
 15. Camargo Rojas CM, Chavarro Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Univ. Med*. 2020;61(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed.61-2.essm>
 16. Miller T, Mejía-Guevara I. El envejecimiento de la población en Ecuador: la revolución silenciosa. In book: *Personas adultas mayores: ensayos sobre sus derechos*. Publisher: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Ecuador 2020. Available from: https://www.researchgate.net/publication/343933073_El_envejecimiento_de_la_poblacion_en_Ecuador_la_revolucion_silenciosa

17. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020;20(1):129. Published 2020 Feb. doi:10.1186/s12889-020-8251-6
18. Guthmuller S. Loneliness among older adults in Europe: The relative importance of early and later life conditions. *PLoS One*. 2022;17(5): e0267562. Published 2022 May 18. doi: 10.1371/journal.pone.0267562
19. Palma-Ayllón Elena, Escarabajal-Arrieta María Dolores. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* [Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 29]; 32(1): 22-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022&lng=es. Epub 05-Abr-2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>.
20. Pinazo Hernandis S, Donio Bellegarde M. La soledad de las personas mayores: conceptualización, valoración e intervención. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal; 2018. https://www.researchgate.net/publication/325644636_La_soledad_de_las_personas_mayores_Conceptualizacion_valoracion_e_intervencion
21. Kisvetrová H, Herzig R, Bretšnajdrová M, Tomanová J, Langová K, Školoudík D. Predictors of quality of life and attitude to ageing in older adults with and without dementia. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2021;25(3):535-42. <https://scihub.se/https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2019.1705758?journalCode=camh20>
22. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020 Feb 27. PMID: 32510896. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32510896/>
23. Gould CE, Carlson C, Alfaro AJ, Chick CF, Bruce ML, Forman-Hoffman VL. Changes in Quality of Life and Loneliness Among Middle-Aged and Older Adults Participating in Therapist-Guided Digital Mental Health Intervention. *Front Public Health*. 2021 Dec 9; 9:746904. doi: 10.3389/fpubh.2021.746904. PMID: 34957011; PMCID: PMC8695684. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34957011/>

24. Schoene D, Heller C, Aung YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiberger E. A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls? *CIA*. abril de 2019;Volume 14:701-19.
25. Liimatta H, Lampela P, Laitinen-Parkkonen P, Pitkala KH. Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults. *Scand J Prim Health Care*. 2019 Mar;37(1):90-97. doi: 10.1080/02813432.2019.1569372. Epub 2019 Feb 27. PMID: 30810457; PMCID: PMC6452824.
26. Liira, H., Mavaddat, N., Eineluoto, M. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality in heterogeneous samples of older adults. *Eur Geriatr Med* 9, 227–234 (2018). <https://doi.org/10.1007/s41999-018-0029-3>
27. Romskaug R, Skovlund E, Straand J, et al. Effect of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Home-Dwelling Older Patients Receiving Polypharmacy: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2020;180(2):181–189. doi:10.1001/jamainternmed.2019.5096
28. Michel YA, Augestad LA, Rand K. Comparing 15D Valuation Studies in Norway and Finland—Challenges When Combining Information from Several Valuation Tasks. *Value in Health*. 1 de abril de 2018;21(4):462-70. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301517335623>
29. Marinho ML, Quiroz V. Estratificación social: una propuesta metodológica multidimensional para la subregión norte de América Latina y el Caribe. 2018. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44328/S1801180_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Salas E. Análisis de la estratificación de niveles socioeconómicos de Ecuador, *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2018. En línea: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/05/niveles-socioeconomicos-ecuador>
31. Hosseinabadi R, Foroughan M, Harouni GG, Lotfi M-S, Pournia Y. Psychometric Properties of the Persian Version of the 11-Item de Jong Gierveld Loneliness Scale in Iranian Older Adults. *Evaluation & the Health Professions*. 2021;44(4):378-384. doi:10.1177/01632787211015713
32. Ventura-León, J; Caycho, T. Validez y fiabilidad de la escala de soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* [Internet]. 2017;9(1):1-18. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333152921005>

33. Lara E, Caballero FF, Rico-Urbe LA, Olaya B, Haro JM, Ayuso-Mateos JL, ¿et al. Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1 de noviembre de 2019;34(11):1613-22.
34. Martín-María N, Caballero FF, Lara E, Domènech-Abella J, Haro JM, Olaya B, et al. Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1 de enero de 2021;36(1):76-85.
35. Beridze G, Ayala A, Ribeiro O, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez-Rodríguez V, ¿et al. Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(22).
36. Barnes TL, Ahuja M, MacLeod S, Tkatch R, Albright L, Schaeffer JA, Yeh CS. Loneliness, Social Isolation, and All-Cause Mortality in a Large Sample of Older Adults. *J Aging Health*. 2022 Oct;34(6-8):883-892. doi: 10.1177/08982643221074857. Epub 2022 Mar 2. PMID: 35234547; PMCID: PMC9483694.
37. Kuru Alici, N., Zorba Bahceli, P., & Emirođlu, O. N. (2018). The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes: A nonrandomised pilot study. *International Journal of Older People Nursing*, e12206. doi:10.1111/opn.12206
38. Mountain, G., Windle, G., Hind, D., Walters, S., Keertharuth, A., Chatters, R., ... Roberts, J. (2017). A preventative lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters): a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 46(4), 627–634. doi:10.1093/ageing/afx021
39. Ojala, A. K., Sintonen, H., Roine, R. P., Strandberg, T. E., & Schalin-Jäntti, C. (2020). Impaired breathing, sleeping, vitality, and depression, and negative impact of L-T4 treatment characterize health-related quality of life in older people with stable CVD. *Aging Clinical and Experimental Research*. doi:10.1007/s40520-020-01537-9
40. Hietanen, M., Soini, H., Strandberg, T. E., Kautiainen, H., & Pitkälä, K. H. (2018). Effects of Cognitive Training on Cognition and Quality of Life of Older Persons with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 664–670. doi:10.1111/jgs.15196 10.1111/jgs.15196
41. Hoogendijk, E. O., Smit, A. P., Dam, C., Schuster, N. A., Breij, S., Holwerda, T. J. Andrew, M. K. (2020). Frailty Combined with Loneliness or Social Isolation: An Elevated Risk for Mortality in Later Life. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi:10.1111/jgs.16716

42. Jones, M., Beardmore, A., White J. (2020) Effects of Bristol Ageing Better Projects for Older People: Evaluation of the impacts of the programme on loneliness, isolation and a range of associated outcomes. UWE Bristol. <https://www.tnlcommunityfund.org.uk/media/insights/documents/BAB-Outcomes-Report-for-screen.pdf?mtime=20210330125236&focal=none>
43. Finlay JM, Kobayashi LC. Social isolation and loneliness in later life: A parallel convergent mixed-methods case study of older adults and their residential contexts in the Minneapolis metropolitan area, USA. *Social Science & Medicine*. 1 de julio de 2018; 208:25-33.

Anexos

Anexo A. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO	INSTRUMENTO
Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual	Cronológica	Número de años cumplidos al momento de la aplicación del formulario	65 a 74 75 a 84 85 y +	Cuantitativo	Formulario
Sexo	Caracterización fenotípica de un sujeto.			Masculino, femenino	Cualitativo	Formulario
Estado Civil	Condición social de una persona que determina la convivencia o no con otra y su medio que rige entre ellos		Estado determinado por la persona o por su cédula de identidad	Soltero, casado, separado, viudo, divorciado, unión libre	Cualitativo	Formulario
Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.			Indígena Mestizo Afrodescendiente Blanco	Cualitativo	Formulario
Residencia	Lugar geográfico donde habita la persona	Geográfica			Cualitativo	Formulario
Ocupación	Actividad económica a la que se dedica la persona	Socioeconómico			Cuantitativa	Formulario
Vivienda	Lugar protegido o construcción acondicionada para que vivan personas	Socioeconómico	Tipo de material de vivienda	A (alto) B (medio alto) C + (medio típico) C- (medio bajo) D (bajo)	Cuantitativo	Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico

Economía del hogar	Es una segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad económica y social de un hogar	Socioeconómico	Ingresos económicos netos	A (alto) B (medio alto) C + (medio típico) C- (medio bajo) D (bajo)	Cuantitativo	Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico
Bienes	Un bien es aquel que es adquirido por un hogar y utilizado para satisfacer las necesidades y deseos de los miembros de ese hogar	Socioeconómico	Posesión de bienes adquiridos en el hogar	A (alto) B (medio alto) C + (medio típico) C- (medio bajo) D (bajo)	Cuantitativo	Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico
Tecnología	Acceso a aparatos tecnológicos que permitan la conexión a Internet y la exposición a lo que allí se genera: contenidos, formas de trabajo, interacción social, entre otros	Socioeconómico	Posesión o no de computadora portátil y/o de escritorio, acceso a internet, celular	A (alto) B (medio alto) C + (medio típico) C- (medio bajo) D (bajo)	Cuantitativo	Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico
Nivel de Educación	Años de estudio formal que una persona posee	Socioeconómico	Número de años aprobados por la persona de acuerdo régimen académico vigente	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Hasta 3 años de educación superior 4 o más años de educación superior (sin postgrado) Postgrado	Cuantitativo	Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico

Hábitos de consumo	Se refiere al comportamiento de los consumidores dentro del mercado; desde el momento en el que buscan un producto o servicio hasta la atención postventa	Socioeconómico	Nivel de consumo	A (alto) B (medio alto) C + (medio típico) C- (medio bajo) D (bajo)	Cuantitativo	Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico
Movilidad	Capacidad de trasladarse de un lugar a otro			1 = el nivel más alto/mejor 5 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Visión	Ausencia de enfermedad ocular, acompañada de una buena agudeza visual			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Audición	Capacidad de oír bien, cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o mejor que 20 dB			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Respiración	Proceso biológico propio de los seres vivos, cuyo objetivo es mantener activo su organismo (por lo tanto, vivo) a través del intercambio de dióxido de carbono por oxígeno			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud

Sueño	Es un período fisiológico de reposo que permite al cuerpo y a la mente descansar y restablecerse			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Alimentación	Es la acción y efecto de alimentar o alimentarse, es decir, es un proceso mediante al cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos para obtener de estos los nutrientes			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Habla (Comunicación)	Intercambio de información que se produce entre dos o más individuos con el objetivo de aportar información y recibirla			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Excreción	Proceso por el cual el organismo elimina los desechos metabólicos del mismo.			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Actividades habituales	Comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y, además, un propósito			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud

Función mental	Capacidad para la atención, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje, las emociones, la conciencia, el pensamiento y el razonamiento, así como las funciones ejecutivas			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Molestias y síntomas	Problema físico que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Depresión	Trastorno de salud mental común que afecta a millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Ansiedad/Angustia	La ansiedad es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud
Vitalidad	Término que se usa para describir la capacidad de una persona para vivir, crecer y desarrollarse. La palabra vitalidad también			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cualitativa	Cuestionario 15D Calidad de vida relacionada la salud

	significa tener energía, ser vigoroso y activo					
Actividad sexual	Es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar generales de las personas, las parejas y las familias			1 = el nivel más alto/mejor 0 = el nivel más bajo/peor	Cuantitativa	Cuestionario o 15D calidad de vida relacionada la salud
Soledad	Conceptos de "sentirse solo" y "estar solo". Sentir la soledad es una sensación que la relacionan con la tristeza y la describen como un sentimiento interno y doloroso		General	No solitario (puntaje 0, 1 o 2), Solitario moderado (puntaje 3 a 8), Solitario severo (puntaje 9 o 10) y Solitario muy severo (puntaje 11)	Cuantitativa	Test De Jong

Anexo B: Formulario de recolección de datos



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina
Tesis de titulación de pregrado

Calidad de vida y sentimiento de soledad de los adultos mayores del centro de atención al adulto mayor del municipio, jubilados de la empresa eléctrica y barrio "El Vado".
Cuenca Septiembre- Octubre. 2022

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

- Edad en años cumplidos: 1.4. Sexo M F
- Estado civil: Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
- Residencia (donde vive): Provincia _____ Ciudad _____ Parroquia _____
- Se considera como: Indígena Negro Mestizo Mulato Blanco Otro No sabe
- Ocupación (en qué trabaja, según INEC): _____

Nancy Maribel Riera Romero - Evelyn Michelle Rivera Alarcón

- Lugar de trabajo: _____
- Está jubilado No Si

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (15D©)

Antes de poner una cruz al lado de la alternativa que mejor describe su estado actual de salud, lea bien todas las opciones posibles de cada apartado y **marque solo una**. Completar del mismo modo los 15 apartados.

1. MOVILIDAD

- 1 () Soy capaz de andar normalmente (sin dificultad) en el interior de casa, al aire libre y subir y bajar escaleras.
- 2 () Soy capaz de andar sin dificultad en el interior de casa, pero tengo una ligera dificultad para andar al aire libre y/o subir / bajar escaleras.
- 3 () Soy capaz de andar sin ayuda en el interior de casa (con un aparato o sin), pero no al aire libre y/o subir/bajar escaleras pues lo hago con dificultad considerable o con la ayuda de otros.
- 4 () Soy capaz de andar en el interior de casa solo con la ayuda de otros.
- 5 () Estoy completamente postrado en cama y soy incapaz de moverme.

2. VISIÓN

- 1 () Veo con normalidad, es decir, puedo leer periódicos y el texto de la TV sin dificultades (con o sin gafas).
- 2 () Puedo leer periódicos y/o texto de la TV con ligera dificultad (con o sin gafas).
- 3 () Puedo leer periódicos y/o texto de la TV con dificultad considerable (con o sin gafas).
- 4 () No puedo leer periódicos o texto de la TV con o sin gafas, pero veo lo suficiente para poder caminar solo (sin ayuda ni guía).
- 5 () No veo mucho, necesito ayuda para caminar, es decir, estoy casi ciego/a o completamente ciego/a.

3. OIDO

- 1 () Puedo oír con normalidad, o sea, puedo seguir una conversación normal (con o sin un audífono).
- 2 () Oigo una conversación normal con cierta dificultad.
- 3 () Oigo una conversación normal con dificultad considerable; necesito que los demás suban la voz.
- 4 () Hasta oigo mal las voces más altas; estoy casi sordo/a.

5 () Estoy completamente sordo/a.

4. RESPIRACIÓN

1 () Soy capaz de respirar con normalidad, o sea, sin respiración entrecortada ni otras dificultades respiratorias.

2 () Tengo dificultad para respirar durante el trabajo pesado o el deporte, o cuando ando vigorosamente sobre terreno llano o ligeramente cuesta arriba.

3 () Tengo dificultad para respirar cuando ando sobre terreno llano a la misma velocidad que otras personas de mi edad.

4 () Tengo dificultad para respirar incluso después de desarrollar una actividad ligera, por ejemplo, después de lavarme o vestirme.

5 () Tengo dificultad respiratoria casi siempre, incluso cuando descanso.

5. DORMIR

1 () Soy capaz de dormir con normalidad, es decir, no tengo problemas con el sueño.

2 () Tengo problemas leves con el sueño, por ejemplo, dificultad para quedarme dormido/a, o alguna vez me despierto por la noche.

3 () Tengo problemas moderados con el sueño, por ejemplo, un sueño angustioso o el sentimiento de no haber dormido suficiente.

4 () Tengo grandes problemas con el sueño, por ejemplo, tengo la necesidad de utilizar somníferos a menudo o de manera rutinaria, o me despierto habitualmente por la noche y/o muy pronto por la mañana.

5 () Padezco insomnio severo, por ejemplo, dormir es casi siempre imposible incluso utilizando somníferos o estoy despierto la mayor parte de la noche.

6. COMER

1 () Soy capaz de comer normalmente, o sea, sin la ayuda de nadie.

2 () Soy capaz de comer solo, pero con un poco de dificultad (por ejemplo, poco a poco, con poca habilidad, temblorosamente, o con aparatos especiales).

3 () A veces necesito la ayuda de alguna otra persona para comer.

4 () Soy incapaz de comer sin ayuda, por lo tanto, me tiene que alimentar otra persona.

5 () Soy del todo incapaz para comer; me alimentan mediante un tubo o vía endovenosa.

7. DISCURSO

1 () Soy capaz de hablar normalmente, o sea, con claridad, de manera audible y fluidamente.

2 () Tengo leves dificultades en el habla, por ejemplo, balbuceo, me entrecorto o hago cambios de entonación.

3 () Puedo hacerme entender, pero mi forma de hablar es poco fluida, vacilante, tartamudeo o balbuceo.

4 () La mayoría de gente tiene gran dificultad para entenderme.

5 () Solo puedo hacerme entender con gestos.

8. EXCRECIÓN

1 () Mi vejiga e intestinos trabajan normalmente y sin problemas.

2 () Tengo problemas leves con mi vejiga y/o la función intestinal, por ejemplo, tengo dificultades para orinar, o tengo estreñimiento o diarrea ocasionalmente.

3 () Tengo notables problemas con mi vejiga y/o función intestinal, por ejemplo, se me escapa la orina ocasionalmente, o tengo estreñimiento o diarrea severa.

4 () Tengo problemas serios con mi vejiga y/o función intestinal, por ejemplo, se me escapa la orina rutinariamente, o necesito sonda o enemas.

5 () No tengo ningún control sobre mi vejiga y/o función intestinal.

9. ACTIVIDADES HABITUALES

1 () Soy capaz de hacer mis actividades habituales (por ejemplo, el trabajo, el estudio, las tareas domésticas, actividades de ocio) sin dificultad.

2 () Soy capaz de hacer mis actividades habituales con menos eficacia o con un poco más de dificultad.

3 () Soy capaz de hacer mis actividades habituales con mucha menos eficacia, con considerable dificultad, o de manera incompleta.

4 () Solo puedo hacer una pequeña proporción de mis actividades que antes eran habituales.

5 () Soy incapaz de llevar a cabo cualquiera de mis actividades que antes eran habituales.

10. FUNCIÓN MENTAL

1 () Soy capaz de pensar claramente, lógicamente, y tengo buena memoria.

2 () Tengo dificultades leves en el pensamiento claro y lógico, o a veces me falla la memoria.

3 () Tengo dificultades marcadas en el pensamiento claro y lógico, o mi memoria está un poco perjudicada.

4 () Tengo grandes dificultades en el pensamiento claro y lógico, o mi memoria está seriamente perjudicada.

5 () Estoy permanentemente confundido/a y desorientado/a en el espacio y tiempo.

11. INCOMODIDAD Y SÍNTOMAS

1 () No tengo incomodidad física o síntomas, por ejemplo, sufrimiento, dolor, náuseas, picor, etc.

2 () Tengo una incomodidad física o síntomas suaves, por ejemplo, sufrimiento, dolor, náuseas, picor, etc.

3 () Tengo una incomodidad física o síntomas marcados, por ejemplo, sufrimiento, dolor, náuseas, picor, etc.

4 () Tengo una incomodidad física o síntomas severos, por ejemplo, sufrimiento, dolor, náuseas, picor, etc.

5 () Tengo una incomodidad física o síntomas insoportables, por ejemplo, sufrimiento, dolor, náuseas, picor, etc.

12. DEPRESIÓN

1 () No me siento nada triste, melancólico/a o deprimido/a.

2 () Me siento ligeramente triste, melancólico/a o deprimido/a.

3 () Me siento moderadamente triste, melancólico/a o deprimido/a.

4 () Me siento muy triste, melancólico/a o deprimido/a.

5 () Me siento extremadamente triste, melancólico/a o deprimido/a.

13. ANSIEDAD

1 () No me siento nada preocupado/a, estresado/a o nervioso/a.

2 () Me siento ligeramente preocupado/a, estresado/a o nervioso/a.

3 () Me siento moderadamente preocupado/a, estresado/a o nervioso/a.

4 () Me siento muy preocupado/a, estresado/a o nervioso/a.

5 () Me siento extremadamente preocupado/a, estresado/a o nervioso/a.

14. VITALIDAD

1 () Me siento sano/a y energético/a.

2 () Me siento ligeramente abatido/a, cansado/a o débil.

3 () Me siento moderadamente abatido/a, cansado/a o débil.

4 () Me siento muy abatido/a, cansado/a o débil, casi agotado/a.

5 () Me siento extremadamente abatido/a, cansado/a o débil, totalmente agotado/a.

15. ACTIVIDAD SEXUAL

1 () Mi estado de salud no tiene ningún efecto adverso en mi actividad sexual.

2 () Mi estado de salud tiene un efecto leve en mi actividad sexual.

3 () Mi estado de salud tiene un efecto considerable en mi actividad sexual.

4 () Mi estado de salud hace que la actividad sexual sea casi imposible.

5 () Mi estado de salud hace la actividad sexual imposible.

DE JONG GIERVELD SCALE MARQUE SOLO UNA RESPUESTA					
	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	MUY A MENUDO	SIEMPRE
Hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas cotidianos					
Echo de menos tener un amigo muy cercano					
Experimento una sensación general de vacío					
Hay gente en la que puedo apoyarme cuando tengo problemas					
Extraño el placer de la compañía de los demás					
Considero que mi círculo de amigos y conocidos es demasiado limitado					
Hay personas en las que puedo confiar plenamente					
Hay personas con las que me siento cerca					
Extraño tener gente a mi alrededor					
Me siento rechazado					
Puedo llamar a mis amigos siempre que los necesite					

Procesamiento manual de los datos de la escala

Paso 1

Cuente las respuestas neutras y positivas ("más o menos", "sí" o "¡sí!") en los ítems 2, 3, 5, 6, 9 y 10. Esta es la puntuación de soledad emocional.

Cuente los valores que faltan (es decir, ninguna respuesta) en los ítems 2, 3, 5, 6, 9, 10. Esta es la puntuación de soledad emocional que falta.

Cuente las respuestas neutras y negativas ("¡no!", "no" o "más o menos") en los ítems 1, 4, 7, 8, 11. Esta es la puntuación de soledad social.

Cuente los valores que faltan (es decir, ninguna respuesta) en los ítems 1, 4, 7, 8, 11.

Esta es la puntuación de soledad social que falta.

Paso 2

Calcule la puntuación de soledad total tomando la suma de la puntuación de soledad emocional y la puntuación de soledad social.

Paso 3

La puntuación de soledad emocional sólo es válida si la puntuación de soledad emocional que falta es igual a 0. La puntuación de soledad social sólo es válida si la puntuación de soledad social que falta es igual a 0. La puntuación de soledad total sólo es válida si la suma de la puntuación de soledad emocional que falta y la puntuación de soledad social que falta es igual a 0 o 1.

Paso 4

Si se desea, la puntuación total de soledad puede clasificarse en cuatro niveles: no se siente solo (puntuación 0, 1 o 2), se siente moderadamente solo (puntuación 3 a 8), se siente muy solo (puntuación 9 o 10) y se siente muy muy solo (puntuación 11).



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

↓
suma de puntajes finales

Anexo C: Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Calidad de vida y sentimiento de soledad de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor del Municipio, Jubilados de la Empresa Eléctrica y Barrio “El Vado”. Cuenca, Septiembre - Octubre. 2022

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador 1	Nancy Maribel Riera Romero	0302309851	Universidad de Cuenca
Investigador 2	Evelyn Michelle Rivera Alarcón	0106653306	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

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

Introducción

Este trabajo de investigación se enfoca en el sentimiento de soledad de los adultos mayores y la relación con la calidad de vida que llevan desde la aparición de este sentimiento; y, con los resultados obtenidos aportar a la investigación RECETAS, desarrollada por la Universidad de Cuenca.

Usted ha sido invitado para participar por ser una persona mayor de 65 años que vive en Cuenca y que desea libre y voluntariamente participar en la investigación, que ha revisado el presente consentimiento y está de acuerdo en firmarlo.

Objetivo del estudio

El objetivo general del proyecto es determinar la calidad de vida y sentimiento de soledad de los adultos mayores del centro de atención al adulto mayor del Municipio, jubilados de la empresa eléctrica y barrio “El Vado” en la ciudad de Cuenca en septiembre y octubre de 2022.

Descripción de los procedimientos

La encuesta se realizará en un ambiente agradable, privado y en lo posible con la menor cantidad de ruido. La participación no tendrá ningún costo para usted. El tiempo aproximado de llenado de los formularios será de 30 minutos. Si usted participa, la información que nos proporcione será confidencial, todas sus opiniones serán mantenidas de forma confidencial y no se harán públicos sus datos personales. El Comité de Bioética en investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética del estudio.

Riesgos y beneficios

Existe un riesgo mínimo de filtración de datos, debido a que en las encuestas no se solicitarán datos con los que se pueda identificar a los participantes, como por el ejemplo: cédula y nombre; si no que, las mismas serán codificadas para la correcta tabulación de datos. No existen mayores riesgos para los participantes en el estudio en cuanto a situaciones de orden físico, emocional o psicológico por la naturaleza de la investigación, aun así, se minimizarán explicando a los participantes la naturaleza y objetivos de la investigación. El equipo de investigadores y el director del trabajo de investigación serán quienes tengan acceso a los datos; los mismos serán almacenados y protegidos mediante encriptación de manera ordenada y segura, teniendo en cuenta que el consentimiento informado no será almacenado junto con las encuestas.

Este estudio lo beneficia a usted ya que permite conocer el objetivo de esta investigación dentro de un grupo del que usted forma parte y al final la información generada puede aportar beneficios a todos los participantes y demás personas afines a esta investigación.

Otras opciones si no participa en el estudio

No es obligatorio participar en la investigación ni existen costos asociados para los participantes. Como se ha mencionado, su participación es voluntaria, es decir, usted puede decidir no participar. Si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento. No habrá sanciones ni pérdida de beneficios si usted decide no participar o

decide retirarse del estudio antes de su conclusión. Si usted decide no participar, tendrá 24 después de la socialización para comunicar al equipo de investigadores.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

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

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992904891 que pertenece a Nancy Riera o envíe un correo electrónico a nancy.riera@ucuenca.edu.ec; o, al siguiente teléfono 0998485106 que pertenece a Evelyn Rivera o envíe un correo electrónico a evelynm.riveraa@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

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

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nancy Maribel Riera Romero - Evelyn Michelle Rivera Alarcón

Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec