



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN ADULTOS
MAYORES QUE ASISTEN A LOS ESPACIOS ACTIVOS EN GAD
AMBATO Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.**

Requisito previo para optar por el título de Médico:

Autora: Quiñonez Vivas, Stefania Margarita

Tutora: Dra. PHD. Zavala Calahorrano, Alicia

Ambato – Ecuador

Octubre 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LOS ESPACIOS ACTIVOS EN GAD AMBATO Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.** de Stefania Margarita Quiñonez Vivas, estudiante de la Carrera de Medicina; considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, octubre 2020

LA TUTORA

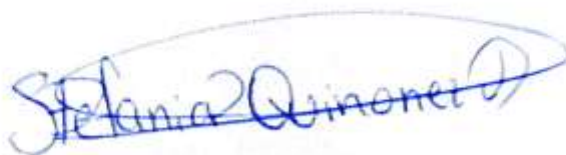
Dra. PhD. Zavala Calahorrano, Alicia

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LOS ESPACIOS ACTIVOS EN GAD AMBATO Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**. Como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, octubre 2020

LA AUTORA



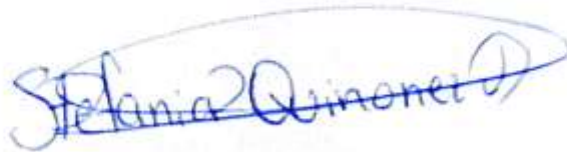
Quinonez Vivas, Stefania Margarita

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura consulta y procesos de investigación. Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, octubre 2020

LA AUTORA



Quiñonez Vivas Stefania Margarita

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal de Grado aprueban el Informe del Proyecto de Investigación, sobre el tema: **ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LOS ESPACIOS ACTIVOS EN GAD AMBATO Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**, de Quiñonez Vivas Stefania Margarita, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, octubre 2020

Para su constancia firman

PRESIDENTE/A

1er Vocal

2 do Vocal

DEDICATORIA

A mis padres, quienes han estado detrás de cada paso que doy, quienes conocen cada alegría vivida, quienes han confortado en innumerables momentos mi corazón, quienes nunca dudaron que me convertiría en médico.

A los señores más maravillosos del mundo, a quien la mayoría les llaman don Virgilio y doña Angelita y yo tengo la dicha de decirles papás.

A Jesús por María, totus tuus.

QUIÑONEZ VIVAS STEFANIA MARGARITA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por el invaluable e inmerecido don de su amor, por la fé y la esperanza que me permiten permanecer en su amor.

A la Santísima Madre de Dios, ella ha sido mi compañera en este peregrinar, confortando mi corazón.

A Jesús por María, totus tuus.

A San José, gracias por tu compañía.

A mis amados padres que me han mostrado a través de su amor, a esforzarme cada día en todo, la importancia de ser fuerte, la belleza de ser sensible, la generosidad y disponibilidad en el actuar. Todo lo que soy les queda infinitamente agradecida, los amo profundamente.

A mi querida hermana, mi ancla a tierra, gracias por cada alegría compartida, porque en nuestros esfuerzos cotidianos jamás dejaste que me diera por vencida.

A mi mamá Leticia gracias por todo el cariño.

A mi tutora de tesis, por su paciencia, enseñanzas y los gratos momentos compartidos.

Y a la Universidad Técnica de Ambato, a sus autoridades, y cada uno de los docentes por guiarme en el camino.

QUIÑONEZ VIVAS STEFANIA MARGARITA

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
MARCO TEÓRICO	3
1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	3
1.1.1. Contextualización	3
1.1.1.1 Epidemiología	3
1.1.1.2 Envejecimiento y adulto mayor	5
1.1.1.3 Condiciones de salud en la población adulta mayor	6
1.1.1.4 Atención primaria en salud	7
1.1.2. Justificación	8
1.1.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – CIENTÍFICO	10
1.1.4.2.1 Definición.....	15
1.2. OBJETIVOS	18
1.2.1. Objetivo General	18
1.2.2. Objetivo Específico:	18

CAPÍTULO II.....	18
METODOLOGÍA	18
2.1 MATERIALES	18
2.2. MÉTODOS	19
2.2.1. Nivel y Tipo de Investigación.....	19
2.2.2. Descripción Metodológica.....	21
2.2.7. Hipótesis	22
CAPITULO III.....	25
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
3.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	25
3.1.1 Análisis de los resultados.....	25
3.1.2 Discusión de los resultados.....	67
3.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	70
CAPÍTULO IV	73
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	73
1.1. CONCLUSIONES	73
1.2 RECOMENDACIONES	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de Adultos Mayores según número de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	25
Tabla 2. Distribución de adultos mayores según población.....	25
Tabla 3. Distribución de adultos mayores según etnia.....	26
Tabla 4. Distribución de adultos mayores según sexo	26
Tabla 5. Distribución de adultos mayores según edad	26
Tabla 6. Distribución de adultos mayores por edad según sexo	27
Tabla 7. Distribución de adultos mayores según acceso a servicios de salud.....	27
Tabla 8. Distribución de adultos mayores según zona.....	27
Tabla 9. Distribución de adultos mayores según estado civil	28
Tabla 10. Distribución de adultos mayores según escolaridad	28
Tabla 11. Distribución de adultos mayores según ingresos económicos	29
Tabla 12. Distribución de adultos mayores según régimen de afiliación.....	29
Tabla 13. Distribución de adultos mayores según ocupación actual.....	29
Tabla 14. Distribución de adultos mayores según historia familiar patológica	30
Tabla 15. Distribución de adultos mayores según consumo de licor	30
Tabla 16. Distribución de adultos mayores según consumo de tabaco.....	31
Tabla 17. Distribución de adultos mayores según actividad física	31
Tabla 18. Distribución de adultos mayores por enfermedades crónicas no transmisibles.....	32
Tabla 19. Distribución de Adultos Mayores por Enfermedades Crónicas no Transmisibles según sexo.....	33
Tabla 20. Distribución de adultos mayores por enfermedades crónicas no transmisibles según etnia.....	35
Tabla 21. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hiperplasia prostática benigna	37
Tabla 22. Relación entre Características Determinantes de Adultos Mayores y Enfermedad renal crónica	39
Tabla 23. Relación entre características determinantes de adultos mayores y artritis	41

Tabla 24. Relación entre características determinantes de adultos mayores y artrosis	43
Tabla 25. Relación entre características determinantes de adultos mayores y diabetes	45
Tabla 26. Relación entre características determinantes de adultos mayores y gastritis	47
Tabla 27. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hipertensión arterial.....	49
Tabla 28. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hipercolesterolemia	52
Tabla 29. Relación entre Características Determinantes de Adultos Mayores e Hipoacusia.....	54
Tabla 30. Relación entre Características Determinantes de Adultos Mayores y Osteoporosis.....	56
Tabla 31. Relación entre características determinantes de adultos mayores y cáncer de mama	58
Tabla 32. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hipotiroidismo	61
Tabla 33. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hipertrigliceridemia	65

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Autora: Quiñonez Vivas Stefania Margarita

Tutora: Dra. PHD. Zavala Calahorrano, Alicia

Fecha: Octubre, 2020

RESUMEN

Introducción: Las instituciones de salud, se cuestionan acerca de cómo el contexto económico, social y geográfico afecta a las condiciones de vida de los adultos mayores, haciéndolos más susceptibles a presentar enfermedades crónicas. A estas condiciones de vida se denominaron “Determinantes sociales de la salud” (DSS), dentro de los cuales encontramos estructurales e intermedios.

Objetivo: Identificar los DSS y su asociación con las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores que asisten a los espacios activos en GAD Ambato.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, cuantitativo de corte transversal que incluyó 204 personas mayores de 60 años que acuden a los centros de adultos mayores del GAD Ambato. Se realizó un análisis estadístico en el programa *IBM SPSS Statistics V25.0*.

Resultados: Los determinantes sociales asociados a enfermedades crónicas no transmisibles fueron sexo femenino, casada y vivir en zona urbana. El 35% no tenía ningún tipo de instrucción educativa, asociado con vivir en área rural. El 95% de la población no contaba con seguridad social y sus ingresos eran iguales o inferiores a un salario básico. En relación con la ocupación, el 73% de la población se dedicaba a la agricultura y quehaceres domésticos. La población estudiada fue básicamente urbana (80%). Se observó que después de los 60 años 2 de cada 5 adultos mayores tenían al menos una enfermedad crónica, siendo la más frecuente la hipertensión arterial.

Conclusiones: La aparición de estas enfermedades se ve influenciada por los DSS, lo

que hace necesario que se refuercen estrategias de atención primaria para disminuir la aparición de estas patologías.

PALABRAS CLAVES: DETERMINANTES SOCIALES, ADULTO MAYOR, ENFERMEDADES CRÓNICAS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

Autor: Quiñonez Vivas Stefania Margarita

Tutor: Dra. PHD. Zavala Calahorrano, Alicia

Date: October, 2020

SUMMARY

Introduction: Health care institutions are concerned about how economic social and geographical factors could affect living older adults conditions, increasing their susceptibility to chronic non communicable diseases. These living conditions were called "Social Determinants of Health" (SDH).

Objective: To identify the SSDs and their association with chronic noncommunicable diseases in the elderly who attend the active spaces in GAD Ambato.

Materials and methods: An observational, quantitative cross-sectional study was carried out which included 204 people over 60 years of age who attend the GAD Ambato's elderly centres. A statistical analysis was carried out using the IBM SPSS Statistics V25.0 programme.

Results: The social determinants associated to chronic noncommunicable diseases were females, married marital status and living in the urban area. 35% had no educational background and were associated to living in a rural area. 95% of the population studied had no social security and their income was equal to or less than a basic salary. In terms of occupation, 73% of the population studied were engaged in agriculture and domestic work. The population studied was basically urban (80%). It was observed that after the age of 60, 2 out of every 5 older adults had at least one chronic disease, the most frequent being high blood pressure.

Conclusions: The appearance of these diseases are influenced by DSS, which makes it necessary to strengthen primary health to reduce the appearance of pathologies.

KEY WORDS: SOCIAL DETERMINANTS, ELDERLY, CHRONIC DISEASES.

INTRODUCCIÓN

Las instituciones encargadas de la salud pública, se cuestionan acerca de cómo el contexto económico y social en el que se envuelven distintos grupos sociales intervienen llevando el cuerpo a respuestas fisiológicas que hacen más susceptibles a las personas a tener ciertas enfermedades. A estas condiciones de vida se les denominaron “Determinantes sociales de la salud” (DSS) (1)(2).

Los DSS brindan una explicación de por qué hay personas que tienen una mayor probabilidad de presentar enfermedades y sus complicaciones. Esto ha llamado la atención de las instituciones sanitarias para evaluar el problema y buscar resolverlo. La evidencia demuestra que a medida que disminuyen las condiciones de vida, aumenta la prevalencia de enfermedades (2) (3)(4).

El rol de los médicos y demás profesionales de la salud es identificar los determinantes sociales en salud, asociarlos a la clínica y entender cómo influyen en las enfermedades crónicas no transmisibles y comprender como intervienen en las patologías y adherencia al tratamiento de las mismas (5).

El aumento de la esperanza de vida se acompaña de un incremento de la prevalencia de enfermedades asociadas a la edad. Los adultos mayores que son la población que mayoritariamente padece de las enfermedades crónicas no transmisibles, tienen características que los vuelven más vulnerables a estos determinantes (6). Por su elevada prevalencia y mortalidad estas enfermedades; constituyen un serio problema de salud. En el 2015 estas enfermedades fueron responsables de 40 millones de muertes, según la OMS (6).

Para disminuir la aparición de enfermedades o retrasar su aparición hay que trabajar en los factores de riesgo y condiciones de vida involucradas (7). Es probable que el fortalecimiento del desarrollo económico para las personas, mejoren significativamente la salud física y el bienestar general de las personas. En 1978, se estableció que la atención primaria de salud es el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Con el objetivo de acercar la atención médica lo más posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituyen los primeros elementos de un proceso continuo de atención médica (8).

En Ecuador la atención primaria, no solo es la puerta de entrada al sistema de salud también es la plataforma que mayor cantidad de atenciones brinda a la población y se encuentra en los lugares más remotos, es un punto donde convergen y se da la organización de la atención clínica, prevención, promoción y servicios comunitarios permitiéndole asociarse con la comunidad (8).

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes Investigativos

1.1.1. Contextualización

1.1.1.1 Epidemiología

En la actualidad existen alrededor de 600 millones de personas mayores de 65 años en el mundo. Los adultos mayores representan entre el 15-20% de la población; lo cual da como resultado una de las tasas más altas de las personas de la tercera edad en la historia, con tendencia al aumento, aún en los países en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina en el año 1950 la esperanza de vida al nacer era de 55,7 años, en 2015 aumentó a 74,7 años (9).

El aumento en la esperanza de vida trae como consecuencia no solo un crecimiento de la proporción de la población adulta mayor, sino también una prolongación de la vejez, que se refleja en la pirámide poblacional. Así, hacia 2030 se estima que los mayores de 80 años pasarán a representar el 15% del total de adultos mayores en la región. En países como Chile, el peso de los mayores de 80 sobre la población adulta mayor llegará incluso a superar el 30% en los próximos 30 años (9) (10).

En América Latina y el Caribe los adultos mayores de 60 años representan el 11% de su población. En América del Norte, el Este Asiático, y Oceanía (24%, 21%, 17%, y 16%, respectivamente) (9). La población de América Latina y el Caribe (ALC) vive el fenómeno del envejecimiento a un ritmo acelerado. Según estimaciones de las Naciones Unidas, dadas en el 2017, se proyecta que la población mayor de 60 años en la región pase de un 11% al 25% en un lapso de 35 años (9). Para el año 2050, la proporción de adultos mayores de 60 años en la región será similar a las cifras que hoy se observan en Alemania, Holanda, Suiza, Dinamarca y otros países de Europa. Sin embargo, los datos regionales esconden fuertes heterogeneidades. Por un lado, países como Belice, Bolivia, Guatemala, Guyana y Haití serán como lo es hoy China, con alrededor de un 15% de la población mayor de 60 años. Por otro lado, Bahamas, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, Uruguay y Trinidad Tobago podrán compararse

con Alemania, Finlandia e incluso Japón, con una proporción de adultos mayores cercana al 30% (9).

La población de la región está envejeciendo a un ritmo acelerado así para el 2030, la población mayor de 60 años representará 17% del total (ONU 2017), y hacia 2050, se estima que uno de cada cuatro habitantes en Latinoamérica será mayor de 60 años. Europa tardó 65 años en materializar un aumento similar y estimándose que le llevará alrededor de 75 años a América del Norte (9). El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Ecuador informó en 2017, que la población ecuatoriana alcanzó los 17 096 789 habitantes, de los cuales 1 111291 correspondiente al 6,5% fueron los adultos mayores.

En el 2006 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), realizó un perfil epidemiológico del adulto mayor arrojando en Tungurahua, los siguientes datos respecto a las enfermedades que padece esta población. La Diabetes Mellitus no Especificada muestra que el 12,6% en las personas de 65 años, la Insuficiencia Cardíaca alrededor del 11,0% se registra en los grupos de 80 y 85 y más años llegando al 27,4% (11). En el último censo (2010), Tungurahua cuenta con una población total de 504583 de los cuales 42503 correspondieron a personas mayores de 65 años (11).

En el año 2016 en un estudio que evaluó el perfil epidemiológico en Tungurahua de los adultos mayores que fueron atendidos en los centros de salud. Los datos fueron obtenidos en el sistema de registro del Ministerio de Salud, Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), arrojando una total de consultas registradas con patologías de 32810 (11).

Sistema	Número de atenciones	Porcentaje
Músculo esquelético	7187	21,9%,
Respiratorio	5619	17.13%;
Digestivas	5524	16.84%
Cardiovascular	3603	10.98%;
Genitourinario	2379	7.25

Órganos de los sentidos	2245	6.84%
Piel	1669	5.09%
Endócrino-Metabólico	1640	5.00%
Neoplasias	1360	4.15%;
Neurológico	1309	3.99%;
Hematología	274	0.84%

Ambato, la capital de la provincia, cuenta con mayor cantidad de centros de salud y fue responsable de 14654 atenciones: de las cuales el 16.32% tanto en varones como mujeres correspondió a trastornos del sistema músculo esquelético (11). El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Ecuador informó en 2017, que la población ecuatoriana alcanzó los 17 096 789 habitantes, de los cuales el 6,5% fueron adultos mayores (12)(13).

1.1.1.2 Envejecimiento y adulto mayor

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en su documento “Salud para el adulto mayor” menciona que el estado de salud es el resultado de tres factores: 1) Las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años). 2) Los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimenticio, actividad física), y 3) El uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral) (14). Se experimenta una transición epidemiológica, que va desde una disminución de enfermedades infecciosas, al aumento de enfermedades crónico-degenerativas (14).

Según la Ley del Anciano promulgada en el Registro Oficial 806 de 6 de noviembre de 1991 y Decreto Ejecutivo No. 127 y su registro general en vigencia en el Registro Oficial 961 del 19 de junio de 1992 y Decreto Ejecutivo No. 3437, en Ecuador se tomó la edad de 65 años y más para considerar a un individuo un adulto mayor. A nivel mundial la edad corte para considerar el inicio del envejecimiento es de 60 años según la OMS (14).

En la Asamblea Mundial del Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas que tuvo lugar en Viena, Austria en 1982, se basó en tres criterios para adoptar la edad de 60 años como inicio del envejecimiento:

- La edad promedio de expectativa de vida en el ámbito mundial.
- La edad promedio de jubilación mundial y,
- La edad promedio de aparición de padecimientos geriátricos (14).

El envejecimiento, corresponde a un deterioro fisiológico generalizado y progresivo del organismo que se ve acelerado por la aparición de diversas enfermedades. El proceso de envejecimiento tiene una expresión distinta en dependencia del sexo, estratos socioeconómicos, residencia rural o urbana, y de manera usual por las enfermedades o condiciones particulares de cada persona (14) (15). Esta situación tiene además tiene las siguientes características: universal: alcanza a todos los individuos; intrínseco; genéticamente programado; progresivo; comienza desde el nacimiento: y es deletéreo (mortal) ya que ineludiblemente termina con la muerte (16).

1.1.1.3 Condiciones de salud en la población adulta mayor

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento implica una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, y un aumento del riesgo de contraer enfermedades. El aumento de la proporción de adultos mayores en el total de la población implica, por lo tanto, una creciente demanda tanto de servicios de salud como de cuidado (16). Según la OMS el 75% de las muertes en la región son atribuibles a enfermedades crónicas (16), un aumento de casi 20 puntos porcentuales con respecto a los datos de 1990. Se estima que el envejecimiento de la población es responsable del 15% del aumento en la carga total de morbilidad atribuible a las enfermedades crónicas entre 2006 y 2016 (5).

Las limitaciones funcionales en los adultos mayores pueden ser congénitas, por accidentes, presencia de enfermedades crónicas o al envejecimiento (5). La aparición de limitaciones también se relaciona positivamente a la existencia de enfermedades crónicas. En otras palabras, quienes padecen alguna enfermedad crónica tienen mayor

riesgo de mostrar limitaciones visuales y motoras, sobre todo en casos en los que las enfermedades son de larga duración, como la diabetes y la hipertensión (9).

En América Latina y el Caribe solo el 56% de las personas que han pasado la edad de retiro cuenta con algún tipo de pensión, y los elevados niveles de pobreza no solo restringen las posibilidades de las familias de contar con ayuda externa para cuidar a sus adultos mayores, sino que exigen que trabajen hasta edades avanzadas en particular los hombres (9). Las diferencias biológicas propias del hombre y la mujer explican el hecho de que los hombres padezcan enfermedades con mayor índice de mortalidad a temprana edad como la hipertensión. Por otro lado, las mujeres muestran mayor prevalencia de enfermedades crónicas de menor grado de mortalidad, altamente debilitantes, como la artritis o la osteoporosis, y las padecen por más tiempo (9).

1.1.1.4 Atención primaria en salud

En Ecuador, la atención primaria, es la puerta de entrada al sistema de salud, la plataforma que mayor cantidad de atenciones brinda a la población y se encuentra en los lugares más lejanos, es un punto donde convergen y se da la atención, prevención, promoción y los servicios comunitarios.

Se conoce la influencia de los determinantes sociales en la salud de la población; y al ser la atención primaria la puerta de entrada al sistema hospitalario no cuenta con una forma estructurada para poder identificar y abordar estas condiciones. En Albuquerque, Nuevo México se desarrolló un plan piloto una herramienta con 11 preguntas. Se evaluó a 3048 pacientes en 3 clínicas de medicina familiar durante un período de 90 meses. De los encuestados 1413 que corresponde al 46% reportaron al menos una necesidad social (17).

La encuesta piloto de WellRx tenía respuestas de los dos últimos meses, que incluía tópicos como: dificultades económicas, seguridad social, incertidumbre en el ámbito personal, fueron algunos de los aspectos a preguntar. Esto demostró que es factible que se implemente tal sistema de evaluación, que la evaluación puede revelar información importante, sobre las necesidades sociales del individuo (17).

Desde la década de los sesenta surge la especialidad de medicina comunitaria y la aprobación legislativa para la creación de los centros de salud en los barrios. Con la finalidad de reconocer estos factores y prevenirlos. La mayoría de estos datos ya están recopilados en los entornos de atención primaria, como: el consumo de alcohol, y tabaco, profesión, raza y el origen étnico, la dirección residencial (17).

Identificar estos factores permitirá llevar un proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la edad avanzada que la OMS lo define como envejecimiento saludable. La responsabilidad para reconocer y mitigar los determinantes sociales en salud; debe convertirse en un eje tanto en los médicos de atención primaria y los estudiantes de posgrado de todas las especialidades debido al profundo impacto en la salud de los adultos mayores (18).

1.1.2. Justificación

Las instituciones encargadas de la salud pública se cuestionan acerca de cómo el contexto económico y social en los que se envuelven distintos grupos sociales intervienen llevando el cuerpo a respuestas fisiológicas que hacen más susceptibles a las personas a tener ciertas enfermedades. A estas condiciones de vida se les denominaron Determinantes sociales de la salud (DSS) (1)(2).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en que las personas nacen, se desarrollan, viven, laboran y envejecen, esto incluye los elementos de un sistema de salud los cuales afectan la calidad y expectativa de vida. Esas circunstancias son el resultado principal, pero no exclusivo, de la inadecuada distribución de aspectos socio-económicos (1). Solar e Irwin propusieron un modelo teórico que clasificó estos determinantes en dos grupos: estructurales (los productores primarios de estratificación social o disgregación) e intermedios que se refieren a las condiciones materiales de vida (2)(19).

Dentro de los determinantes sociales estructurales se encuentra: la clase social, sexo, edad, etnia, territorio, profesión /ocupación, políticas macroeconómicas, mercado de trabajo, políticas de estado, acceso a los servicios de salud. Las condiciones de empleo,

ingresos y situación económica, vivienda y situación material, entorno residencial forman parte de los determinantes sociales intermedios (2)(19).

Debido al informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en el 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) brinda mayor importancia a las circunstancias sociales que intervienen en la aparición de enfermedades y como estas se distribuyen en los distintos grupos de una comunidad. Factores como el ingreso económico, la escolaridad, o el sexo influyen en la aparición y en el control de enfermedades crónicas no transmisibles (2)(4). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad pulmonar crónica, eventos cerebrovasculares, osteoartritis (1)(20).

Se han identificado como la causa principal de discapacidad y de millones de muertes prematuras representan un 60% del total de muertes, de las cuales el 80% ocurre en países de ingresos bajos o medios. En América las ECNT representaron alrededor de 3,9 millones de muertes al año, el 75 % del total (20)(21)(22).

Por su elevada prevalencia y mortalidad las ECNT constituyen un serio problema de salud. En el 2015 estas enfermedades fueron responsables de 40 millones de muertes, según la OMS. Para disminuir la aparición de enfermedades hay que trabajar en los factores de riesgo y condiciones de vida involucradas evitando la mortalidad precoz (5)(23)(7). La diabetes mellitus, hipertensión arterial esencial, artritis, osteoporosis, y enfermedades cerebro vasculares son las ECNT que con mayor frecuencia se dan y tienen una evolución lenta (24)(25).

Entre los años 2008-2012 en Colombia se hizo un estudio descriptivo con el fin de identificar las causas de mortalidad por enfermedades no transmisibles; con los registros de certificados de defunción registrados en la base oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Todas las muertes alcanzaron 989.865 de las cuales 727.146 (75 %) fueron por ECNT. Las cinco causas de muerte fueron: las enfermedades del sistema circulatorio, agresiones, tumores malignos, enfermedades respiratorias y los accidentes de transporte (26). Un dato que llamó la atención en este estudio fue que el 80% de los fallecimientos en la población >de 65 años se encontraban en la zona urbana (26) (27) (28).

El aumento de la esperanza de vida se acompaña de un incremento de la prevalencia de enfermedades asociadas a la edad (6). La población de adultos mayores tiene posibilidades de experimentar en mayor magnitud las desigualdades en la atención médica y en su salud ya sea por su fragilidad y condiciones sociales adversas (pobreza, abandono y problemas de comprensión) (1).

Un estudio realizado en Japón indica que la desigualdad socioeconómica influye en la salud individual a través de mecanismos psicológicos debido a la teoría de privación relativa. Las principales causas de morbilidad en adultos mayores son patologías asociadas a un inadecuado acceso a los determinantes de salud son: anemia, desnutrición calórica-proteica y neumonía (29).

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la asociación entre los determinantes sociales en salud y las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores?

1.1.3. Fundamentación Teórico – Científico

1.1.3.1.Variable Independiente: Determinantes sociales de salud en adultos mayores

1.1.3.1.1. Determinantes sociales

Los determinantes sociales de la salud se definen como las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud de las personas. Refiriéndose al contexto social y los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (30). Se presentan tanto en las prácticas de salud, y en las aptitudes para que la persona se adapte (30).

Abordar el campo de los determinantes sociales en salud es sin duda un reto debido a que abarca temas como: la pobreza, las drogas, las condiciones laborales, el desempleo, el apoyo social, la buena alimentación y la política de transporte, son algunos de los determinantes que actúan fuertemente sobre las personas. Convirtiéndolos en un eslabón entre determinantes ambientales y genéticos y sus efectos en la salud (30) (31).

Las circunstancias de pobreza material como: el desempleo, la marginación social, la falta de acceso a los servicios de salud. Se debe considerar que las circunstancias económicas y sociales afectan a la salud de la persona. Estos factores, y otros más, contribuyen a generar diferencias en las condiciones que repercuten en la salud (30). Existen dos tipos: los determinantes estructurales e intermedios.

Determinantes estructurales en salud

Comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, así como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura y los valores sociales, y las condiciones que generan la gradiente de la posición socioeconómica, como la clase social, el sexo, la etnicidad, la educación, la ocupación, el ingreso y otros estratificadores, los cuales determinan y condicionan la inequidad social en salud según la posición socioeconómica del individuo, su familia y su entorno social (31). El contexto político socioeconómico, y la posición socioeconómica constituyen lo que se denomina: determinantes sociales estructurales (31).

Las viviendas que se encuentran en mal estado (polvo, moho, humedad y roedores); la violencia y el aislamiento social. Se debe considerar que las personas en barrios pobres no cuentan con: supermercados con alimentos frescos, transporte público adecuado, acceso a espacios públicos, habitan cerca de peligros ambientales (18). La población que no cuenta con vivienda propia tiene un mayor riesgo de enfermedades; el 60% de las personas sin hogar han tenido problemas de salud mental, hasta el 80% tienen una disminución en la función cognitiva, la prevalencia de tuberculosis es al menos 46 veces mayor en la población sin hogar, y la presencia de hepatitis C es 4 veces mayor que en la población general (5).

Con justa razón las políticas públicas van dirigidas a reducir el riesgo individual de enfermedad, sin embargo, se deben sembrar iniciativas que apoyen la salud comunitaria que ayuden a mermar las inequidades socioeconómicas y por ende la influencia de ellos determinantes sociales en salud (16). A continuación, se describen los determinantes sociales estructurales:

Territorio

El modelo de desarrollo impuesto en los países latinoamericanos favoreció una masiva migración hacia las ciudades, donde actualmente se encuentra el 70% de la población, lo que modificó el ejercicio físico y la dieta. Estos cambios se dieron rápidamente para los cuales los habitantes no obtuvieron los procesos adaptativos (epigenéticos) esperados, a diferencia de lo que se observó en los países desarrollados. Esto permitió el desarrollo más precoz de obesidad abdominal, resistencia a la insulina, y enfermedad aterosclerótica, contextos que explican la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (6).

Sexo

Las mujeres tienen una expectativa de vida superior mayor en comparación a los hombres, mayor comorbilidad y mayor deterioro de su salud, son las más afectadas por la demencia y viven con niveles de discapacidad más elevados que los hombres de edad similar. La prevalencia estimada de la demencia senil en mujeres es superior a la de los hombres en un 10% (32)(33).

La diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente en las mujeres. Respecto a las patologías cardiovasculares pasado los 45 años con la menopausia desaparece el efecto protector de los estrógenos, igualándose el riesgo cardiovascular al de los hombres en la población general (32). En un estudio observacional realizado en Cuba por Benítez y colaboradores se evaluó los factores epidemiológicos tuvo como resultados: respecto a las personas que tuvieron eventos cerebrovasculares el 62 % pertenecían al sexo masculino (34).

Un estudio longitudinal de cohorte Johnston y colaboradores que incluyó 10,906 participantes (4967 hombres (64 ± 10 años) evaluó la presencia de multimorbilidad y muerte prematura durante el seguimiento de 10 años, se registraron 2285 muertes, 19% en mujeres y 25% en hombres ($p < 0.001$). El sexo masculino padece enfermedades con mayor mortalidad (hipertensión arterial, evento cerebro vasculares) (35).

Etnia/raza

El morfotipo racial tiene relación con la prevalencia de las enfermedades, en un estudio que evaluó epidemiológicamente a la hipertensión arterial se encontró que un 36,8 % pertenecían a la raza negra.

Determinantes intermedios de la salud

Los determinantes estructurales supeditan a los determinantes intermedios. Esto permite conocer la importancia y el impacto que podrían tener los esfuerzos del Estado y de la sociedad para mejorar el nivel de salud de la población. Si su intervención es solamente en los determinantes intermedios los resultados serán limitados (31). Las categorías que existen son: las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud (31).

Condiciones materiales.- Comprenden la calidad de la vivienda y del vecindario, las posibilidades de consumo (acceso a medios financieros para adquirir alimentos saludables), así como la situación laboral (31). La desigualdad en la distribución socio económica según la ubicación en la estructura social dan como resultados diferencias inevitables en la salud, Estas desigualdades constituyen una de las principales amenazas para la salud poblacional y, por lo tanto, su reducción es una de las herramientas más adecuadas para la mejora de la salud de toda la población los servicios básicos de agua potable, energía eléctrica y alcantarillado (36).

Factores conductuales y biológicos son relacionados con los estilos de vida, saludables o no, los hábitos que repercuten en la salud como el sedentarismo, consumo de alcohol o tabaco (31).

Factores psicosociales son las circunstancias asociadas con la tensión de vida y relaciones estresantes, así como el acceso al apoyo y redes sociales (31).

Cohesión social se refiere a la confianza y respeto mutuo que existen entre los diversos grupos y sectores de la sociedad. Contribuye a la manera en que las personas valoren su salud (31). Sistema de salud constituido por las posibilidades reales de acceso a los servicios y programas de salud. Su función se torna particularmente pertinente en el caso del acceso a la atención de salud, la cobertura que esta brinda, los servicios personales y no personales (31).

La presencia de las ECNT va de la mano con el envejecimiento y la asociación con los determinantes sociales. Es por ello necesario ofrecer intervenciones educativas a esta población, dirigida a modificar los determinantes sociales (37). Los adultos mayores jóvenes (entre 60 y 74 años) padecen al menos de una enfermedad crónica, los ancianos medios (entre 75 y más años) sufren al menos dos. La hipertensión arterial es la patología más común (38).

Diversas acciones pueden desarrollarse desde el nivel primario de atención para su control como: incentivar una adecuada dieta, la práctica sistemática de ejercicios físicos, evitar el estrés, suprimir el sedentarismo y sobrepeso, control de las cifras de tensión arterial, así como el cumplimiento del tratamiento indicado (37).

El nivel educativo en el individuo suele convertirse en la mayoría de casos en un factor protector de la salud, ya que mediante la formación, comprende de mejor manera las realidades de la vida como leyes, principios y teorías que dan una mayor perspectiva al individuo en sus esferas, no solo biológicas al entender el funcionamiento de su cuerpo, sino que a su vez brinda mayores oportunidades y mejores condiciones de vida, que modificarían su nivel salud (39) (40).

El Colegio Americano de Médicos recomienda una mayor detección y recopilación de determinantes sociales de los datos de salud para ayudar en las evaluaciones de impacto en la salud y apoyar la toma de decisiones basada en evidencia. Para ello los registros de salud electrónicos tienen el potencial de ser una herramienta para facilitar la agregación de datos; mejorando la salud individual y de la población sin aumentar la carga administrativa de los médicos (41)(42).

Estos códigos Z del (clasificación internacional de enfermedades 10.^a revisión) CIE-10 agrupados en 4 dominios generales de los determinantes sociales en salud (educación social, económica, ambiental y de salud). Los códigos Z de la CIE-10 (Z00 – Z99) se denominan “factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud” y pueden usarse para identificar el motivo de consulta, o el diagnóstico principal (41). Entre los cuales podemos destacar los siguientes:

Desempleo (Z56.0) Bajos ingresos (Z59.6). Estrés familiar (Z63.8). Insuficiente seguro social (Z59.7). Inseguridad alimentaria (Z59.4). Falta de vivienda (Z59.0) (41).

1.1.3.2. Variable dependiente Enfermedades crónicas no transmisibles

1.1.4.2.1 Definición

Un fenómeno demográfico destacable a finales del siglo XX, y que se está extendiendo actualmente a nivel mundial es el envejecimiento de la población, esto se ha dado por diversos factores de manera particular surge como resultado de un descenso sostenido en los niveles de fecundidad y de un aumento en la esperanza de vida por los avances en medicina. Esto a la vez se acompaña de un incremento de la prevalencia de enfermedades asociadas a la edad, los adultos mayores poseen características que los vuelven más vulnerables a los efectos de los determinantes sociales en salud (43).

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT más frecuentes se encuentran las cardiovasculares, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y otros trastornos metabólicos, las enfermedades respiratorias y pulmonares, los trastornos osteomioarticular, las enfermedades renales (44).

1.1.4.2.2 Diabetes Mellitus tipo 2

Según la Organización mundial de la salud (OMS), el término de Diabetes describe un grupo de desórdenes metabólicos caracterizados e identificados por la presencia de hiperglicemia en ausencia de tratamiento. Las personas con Diabetes Mellitus corren el riesgo de padecer enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebrovascular, obesidad, disfunción eréctil y enfermedad de hígado graso no alcohólico y enfermedades infecciosas (tuberculosis) (45).

La ADA (Asociación Americana de Diabetes) informa que aproximadamente una cuarta parte de las personas mayores de 65 años tienen diabetes y una mitad de los adultos mayores tienen prediabetes, y se espera que esta proporción aumente rápidamente en el pasar de las décadas (46).

1.1.4.2.3 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) constituye un reconocido problema de salud, tanto por su elevada frecuencia, por las consecuencias y discapacidades que provoca, así como por su repercusión en la mortalidad (47). La Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Cardiología (CCA), ambos de EEUU, definen a la hipertensión arterial como la elevación de la presión arterial por encima de 120 mmHg en la toma de la presión arterial sistólica y superior a 80 mmHg en la diastólica (47).

1.1.4.2.4 Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad se ha convertido en una epidemia la OMS estima que cada año mueren como mínimo 2,8 millones de personas en el mundo a causa de la obesidad. Esto es el valor del Índice de masa corporal (IMC) superior a 25kg/m². El sobrepeso y la obesidad son un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (dislipidemias e hipertensión arterial) y síndrome metabólico, accidente cerebrovascular, trastornos del aparato locomotor, apnea del sueño (49). En los países de América, la esperanza de vida entre 1981 y 2011 aumentó a 8 años para los hombres y a 6,5 años para las mujeres. La proporción de sujetos de más de 75 años puede alcanzar el 12,3 % de la población en el 2030 y el 16,2 % en el 2060 (43)(44). La población de adultos mayores tiene más posibilidades de experimentar en mayor magnitud las desigualdades en la atención médica y en su salud ya sea por su fragilidad y condiciones sociales adversas (pobreza, abandono y problemas de comprensión), tienden a estar expuestos a mayores riesgos (1).

En relación al diagnóstico de enfermedades no transmisibles (ECNT). Se analizaron muestras representativas a nivel nacional de adultos mayores de ≥ 50 años de los siguientes países: China, Ghana, India, México, Rusia y Sudáfrica (48) (49). Demostrando que la prevalencia de ECNT no diagnosticada fue más alta para la hipertensión, desde 19.7% (intervalo de confianza (IC) del 95%: 18.1, 21.3) en India a 49.6% (IC 95%: 46.2, 53.0) en Sudáfrica. Los niveles más altos de educación y riqueza que redujeron significativamente las probabilidades de una condición no diagnosticada y la morbilidad no tratada (49).

1.1.4.2.5 Multimorbilidad

La multimorbilidad se define como la coexistencia de dos o más enfermedades dentro de un individuo, que se vuelve cada día más un desafío para el sistema de salud (35). En China se realizó un estudio de prevalencia de 5 enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, EPOC y accidente cerebrovascular) y su multimorbilidad con la relación de los estilos de vida, entre los adultos mayores en las zonas rurales del suroeste de China (50).

Se encontró una multimorbilidad del 16,1%. Las mujeres tenían una mayor prevalencia de hipertensión, diabetes y multimorbilidad de ECNT. Sin embargo, una menor prevalencia de EPOC que los hombres. Los adultos mayores con buenos activos domésticos y acceso a servicios médicos tenían menos probabilidades de experimentar multimorbilidad, mientras que los participantes obesos y con obesidad central, los fumadores actuales, los bebedores actuales y aquellos con antecedentes familiares de ENT crónicas tenían una mayor probabilidad de multimorbilidad (50) (51).

Una revisión sistemática de la literatura publicada entre 1961 y 2013 que buscaba abordar la prevalencia de determinantes asociados a la multimorbilidad, por Violan y colaboradores, que incluyó 39 estudios con un total de 70,057,611 pacientes en 12 países. Donde los resultados más relevantes fueron que: hubo una asociación significativa entre la multimorbilidad, la edad y un nivel socioeconómico más bajo. Las patologías más frecuentes fueron: la osteoartritis, enfermedades cardiovasculares y metabólicas (52).

Leite y colaboradores en un estudio transversal realizado en Brasil se realizó un estudio transversal con 3.141 la prevalencia de multimorbilidad fue del 23,7%. La aparición de multimorbilidad se asoció el sexo femenino, edad mayor de 80 años y sobrepeso. Los factores protectores fueron el color de la piel marrón y bajo peso. La multimorbilidad representó un cuarto de la población de estudio (53)(54). La mortalidad prematura en Brasil, para el 2016 fue por enfermedad coronaria, eventos cerebrovasculares, diabetes, y cáncer representaron el 63.7% del total de muertes prematuras (55).

Un estudio longitudinal en Inglaterra sobre el envejecimiento por Singer y colaboradores. Donde se demostró que la probabilidad de multimorbilidad y

limitaciones funcionales múltiples se asociaba consistentemente con los niveles de riqueza del hogar, la sensación de control, la actividad física y la soledad. En comparación con el grupo de población con la riqueza más alta, los que tenían la riqueza más baja tenían un 47% más de probabilidades de multimorbilidad básica, un 73% más probabilidades de multimorbilidad compleja (IC 95% 1.52-1.96) y 90% más probabilidades de tener más limitaciones funcionales (IC 95% 1.59-2.26) (56).

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Identificar los determinantes sociales en los adultos mayores que asisten a los espacios activos en GAD Ambato.

1.2.2. Objetivo Específico:

1.2.2.1. Establecer los determinantes sociales en los adultos mayores que asisten a los espacios activos en GAD Ambato y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles.

1.2.2.2. Evaluar los determinantes sociales como factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores que asisten a los espacios activos en GAD Ambato.

Clasificar los determinantes sociales presentes en los adultos mayores que asisten a los espacios activos en GAD Ambato.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Materiales

Al ejecutar el presente trabajo de investigación se utilizó los siguientes recursos:

Recursos Humanos

- Tutora del proyecto: Dra. Alicia Zavala PhD
- Tesista
- Grupo de investigación “MASKANAPI ALLÍ-KAWSAI- INVESTIGACIÓN EN SALUD

Recursos materiales

- Instalaciones

- Espacios activos adultos mayores GAD Ambato
- Biblioteca de la Facultad Ciencias de la Salud

— Instrumentos

- Entrevistas
- Encuestas

— Materiales

- Balanza
- Glucómetro
- Oxímetro de pulso
- Cinta métrica
- Tallímetro
- Tensiómetro
- Fonendoscopio
- Esferos
- Equipos informáticos
- Hojas de papel bond

Recursos informáticos

- Microsoft office EXCEL 2016
- IBM SPSS Statistics V25.0.

Recursos financieros

El presente proyecto de investigación forma parte del macroproyecto de investigación titulado “PLASTICIDAD NEURAL Y MECANISMOS DE ADAPTACIÓN DE LA TERCERA A CONDICIONES NEUROLÓGICAS PATOLÓGICAS PREEXISTENTES” Aprobado mediante resolución 0905-CU-P-2018.- Financiado por la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad Técnica de Ambato (DIDE).

2.2. Métodos

2.2.1. Nivel y Tipo de Investigación

La investigación es de tipo observacional (no experimental) puesto que no se manipuló las variables, ni se asignó aleatoriamente a los participantes o condiciones. Se observó los fenómenos en este caso los determinantes sociales en salud, en su entorno para su posterior análisis.

El tipo de diseño no experimental de la investigación es transversal descriptivo, porque los datos fueron tomados en un único momento donde se evaluó la incidencia y la relación entre las variables. Es descriptiva puesto que observa los fenómenos sin realizar una intervención y de corte transversal puesto que se estudia en un momento específico del tiempo.

Para recolectar la información se realizaron entrevistas médicas y encuestas acerca de los determinantes sociales en salud para identificar cuales se presentaron y entrevistas médicas que evaluaron la anamnesis, antecedentes patológicos personales y socioeconómicos. Adicionalmente, se incluyó el examen físico mediante la toma de signos vitales, medidas antropométricas los cuales no formaron parte de los datos evaluados en el presente estudio.

La población que acude a los centros activos del adulto mayor es de 700 adultos mayores de los cuales se tomó una muestra de 204 que correspondió al 29,1%. La muestra fue seleccionada a partir de los sujetos que se encontraban en el momento de aplicación de los instrumentos en los espacios activos de las distintas parroquias (Apatug, Picaihua, Atahualpa e Izamba), las dos primeras corresponden al área rural y las dos últimas al área urbana.

Las entrevistas y encuestas fueron realizadas por el grupo de investigación “MASKANAPI ALLÍ-KAWSAI- INVESTIGACIÓN EN SALUD” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, quienes aplicaron los instrumentos descritos.

Los resultados obtenidos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel, luego se filtraron las variables para representarlos mediante tablas y gráficos estadísticos que incluyeron: los determinantes sociales y las enfermedades crónicas no transmisibles. Las variables independientes son los determinantes sociales en salud y las variables dependientes las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los datos encontrados fueron clasificados en dependencia de las enfermedades crónicas no transmisibles encontradas, la edad, etnia, sexo, condición socioeconómica, acceso a los centros de salud, ocupación actual, circunstancias materiales como: la vivienda, el nivel de ingresos, seguridad social en salud, número de enfermedades encontradas y conocimiento de antecedentes patológicos familiares, para su posterior comparación.

El marco teórico se redactó en base a la revisión bibliográfica de libros, metaanálisis, artículos, guías con elevados niveles de evidencia, en revistas como: ClinicaKey Pubmed, Medline, Elsevier, Embase, Cochrane, Scielo, ProQuest. Este proyecto se elaboró en un período estimado de 10 meses, en la Universidad Técnica de Ambato y en los espacios activos para adultos mayores en GAD Ambato.

El proyecto de investigación se escribió por la estudiante que presenta el proyecto en colaboración con el tutor asignado. El permiso de confidencialidad lo estipula el Reglamento del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) Sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA)- Quito vigente con el código de aprobación: CEISHSOLCAQ.OBS.19.100.

2.2.2. Descripción Metodológica

A continuación, los pasos para el cumplimiento de los objetivos planteados fueron:

- Realizar actas de confidencialidad.
 - La identidad de los participantes no será publicada debido a lo propuesto en las actas de confidencialidad.
 - La investigación no presenta ningún tipo de riesgo a la población de estudio, pues al ser observacional, se tomó la muestra en un momento dado sin realizar intervención.
- Se realizó tablas con los determinantes sociales en salud encontrados.
- Se incluyó los antecedentes patológicos personales y familiares en las tablas.
- Se evaluó los datos obtenidos.
- Se analizó la presencia de estos determinantes en las enfermedades crónicas no transmisibles.

- Se relacionó los resultados obtenidos utilizando filtros en el programa *IBM SPSS Statistics V25.0*.
- Se comparó los datos obtenidos en relación con los determinantes sociales en salud y las enfermedades crónicas no transmisibles

Se realizaron tablas de contingencia utilizando la herramienta CHIP2, con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5%. La probabilidad asociada representada con una (p) en las tablas de los resultados corresponde a $<0,05$ las variables son dependientes mientras que si es $>0,05$ las variables son independientes.

2.2.2.1. Criterios de Inclusión

El presente estudio está constituido por una muestra de 204 de población adultos mayores con las siguientes características:

- Personas mayores de 60 años
- Hombres y mujeres
- Asistentes a los centros activos del adulto mayor
- Autorización del consentimiento informado

2.2.2.2. Criterios de Exclusión

En el estudio fueron excluidos, con las siguientes características:

- Menores de 60 años.
- Adultos mayores los cuales presentaron problemas psiquiátricos o psicológicos que les impida firmar el consentimiento informado.

2.2.7. Hipótesis

Existe asociación entre los determinantes de salud en adultos mayores y presentación de enfermedades crónicas no transmisibles. A través de las siguientes hipótesis a verificarse en los resultados.

Hipótesis 1:

Hipótesis nula: todas las mujeres adultas mayores presentaban enfermedades crónicas degenerativas tipo osteoporosis y/o osteoartritis.

Hipótesis alterna: todas las mujeres adultas mayores no presentaban enfermedades crónicas degenerativas tipo osteoporosis y/o osteoartritis.

Hipótesis 2:

Hipótesis nula: Todos los hombres adultos mayores tienen mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial.

Hipótesis alterna: Todos los hombres adultos mayores no tienen mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial.

Hipótesis 3:

Hipótesis nula: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la raza afrodescendiente.

Hipótesis alterna: La hipertensión arterial no es una enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la raza afrodescendiente.

Hipótesis 4:

Hipótesis nula: Un menor nivel de escolaridad disminuye laborar en profesiones que no brindan seguridad social.

Hipótesis alterna: Un menor nivel de escolaridad disminuye laborar en profesiones que brindan seguridad social.

Hipótesis 5:

Hipótesis nula: Altos niveles de escolaridad aumentan el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis alterna: Altos niveles de escolaridad no aumentan el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis 6:

Hipótesis nula: Los adultos mayores que viven en el área urbana tienen mayor probabilidad de padecer diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis alterna: Los adultos mayores que viven en el área urbana tienen menor probabilidad de padecer diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis 7:

Hipótesis nula: Los adultos mayores que tenían como profesión la agricultura tiene un efecto positivo en la aparición de enfermedades degenerativas tipo osteoporosis y/o osteoartritis.

Hipótesis alterna: Los adultos mayores que tenían como profesión la agricultura no tiene un efecto positivo en la aparición de enfermedades degenerativas tipo osteoporosis y/o osteoartritis

Hipótesis 8:

Hipótesis nula: El habitar en el área urbana aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial en los adultos mayores

Hipótesis alterna: El habitar en el área urbana no aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial en los adultos mayores

2.2.7.1. Señalamiento de Variables

- **Variable Independiente:** Determinantes sociales en salud
- **Variable Dependiente:** Enfermedades crónicas no transmisibles.

Término de relación: Aparición

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Análisis y discusión de los resultados

3.1.1 Análisis de los resultados

Tabla 1. Distribución de Adultos Mayores según número de Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles	Frecuencia	Porcentaje
0	48	24
1	84	41
2	48	24
3	18	9
4	5	2
5	1	0
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

El 41% de la población tiene al menos una enfermedad crónica no transmisible, 35% presenta 2 o más enfermedades; lo que implica que la tercera parte de la población tiene multimorbilidad, mientras un 24% no presentó ninguna enfermedad.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según población

Población	Frecuencia	Porcentaje
Apatug	23	11
Atahualpa	34	17
Izamba	107	52
Picaihua	40	20
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

La población de estudio incluyó la población de 4 parroquias donde el 52% pertenece a la parroquia Izamba, 20% Picaihua, 17% Atahualpa, y el 11 % de Apatug.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	184	90
Afrodescendiente	20	10
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

El 90% es de etnia mestiza, y el 10% corresponde a la población afrodescendiente.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	53	26
Femenino	151	74
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

La distribución del sexo fue de 74% para mujeres; este porcentaje es alto debido a que la mayoría de las personas que acuden a los centros activos del adulto mayor son mujeres.

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según edad

	Frecuencia	Porcentaje
60-64	14	7%
65-69	35	17%
70-74	61	30%
75-79	49	24%
80 y más	45	22%
Total	204	100%

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 6. Distribución de adultos mayores por edad según sexo

Edad	Sexo			Total
	Masculino	Femenino		
	Recuento	Recuento	Recuento	
60-64	4	10	14	7%
65-69	5	30	35	17%
70-74	11	50	61	30%
75-79	21	28	49	24%
80 y más	12	33	45	22%
Total	53	151	204	100%

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

La población se encuentra estratificada en tres grupos, de los cuales entre 70-79 años es la mayoría con un 54%.

Tabla 7. Distribución de adultos mayores según acceso a servicios de salud

Acceso a Servicios de Salud	Frecuencia	Porcentaje
5km	60	29
<5km	144	71
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Respecto a la distancia a los centros de salud el 71% se encuentra a una distancia menor a 5 kilómetros, se debe considerar que casi la tercera parte de la población está a una distancia mayor de 5 kilómetros.

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según zona

Zona	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	164	80
Rural	40	20

Total	204	100
--------------	------------	------------

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

El 80% pertenece al área urbana.

Tabla 9. Distribución de adultos mayores según estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	93	46
Soltero	9	4
Divorciado	8	4
Separado	8	4
Viudo	83	41
No responde	3	1
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

El 46% de la población está casada, seguido de un 41% que eran viudos

Tabla 10. Distribución de adultos mayores según escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	35	17
Primaria	31	15
Bachillerato	55	27
Superior	6	3
Técnico	2	1
Ninguno	71	35
No responde	4	2
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

La tercera parte de la población (35%) no tiene ningún nivel de escolaridad.

Tabla 11. Distribución de adultos mayores según ingresos económicos

Salario	Frecuencia	Porcentaje
Menor a un salario	190	93
1-2 salarios	6	3
2-3 salarios	1	0
3-4 salarios	4	2
Mayor a 4 salarios	3	1
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

El 93% tiene ingresos menores a un salario básico (\$400 dólares en el 2020)

Tabla 12. Distribución de adultos mayores según régimen de afiliación

Régimen de Afiliación	Frecuencia	Porcentaje
IESS	9	4
ISFFA	2	1
Ninguno	193	95
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Respecto al régimen de afiliación el 95% no cuenta con ningún tipo de seguridad social.

Tabla 13. Distribución de adultos mayores según ocupación actual

Ocupación Actual	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	43	21
Ama de casa	106	52
Comerciante	4	2
Cuidador de animales	6	3
Jubilado	14	7
Otros	7	3
Desempleado	24	12

Total	204	100
--------------	------------	------------

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

La ocupación para la mitad de la población es ama de casa (quehaceres domésticos) representado el 52%, seguido de la agricultura con el 21%.

Tabla 14. Distribución de adultos mayores según historia familiar patológica

Historia Familiar Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer	8	4
Diabetes	15	7
HTA	15	7
No responde-conoce	120	59
No	46	23
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

El 59% de los encuestados responde que desconoce la historia patológica familiar. Mientras que el 23% sabe que no hubo ningún antecedente de enfermedades en su familia.

Tabla 15. Distribución de adultos mayores según consumo de licor

Licor	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	7
No	190	93
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 16. Distribución de adultos mayores según consumo de tabaco

Tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	1
No	201	99
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 17. Distribución de adultos mayores según actividad física

Ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	21
No	161	79
Total	204	100

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Solamente el 21% realiza actividad física regular, a parte de la que realizan en los centros activos.

Las asociaciones de enfermedades que arrojó el estudio fueron: Hipertensión arterial-Artritis, Hipertensión arterial-Gastritis, Hipertensión arterial- Diabetes Mellitus tipo II, Artritis-Gastritis, Artrosis-Gastritis. Respecto a los que presentaron más de 3 comorbilidades se encontró Hipertensión arterial-Gastritis-Hipertrigliceridemia, Hipertensión arterial-Gastritis-Hipercolesterolemia, Hipertensión arterial-Gastritis-Artritis, estas agrupaciones se encontraron en las edades entre 65-75 años.

Tabla 18. Distribución de adultos mayores por enfermedades crónicas no transmisibles

		Recuento	%
Hiperplasia prostática benigna	Si	3	1%
	No	201	99%
	Total	204	100%
Enfermedad renal crónica	Si	1	0%
	No	203	100%
	Total	204	100%
Artritis	Si	24	12%
	No	180	88%
	Total	204	100%
Artrosis	Si	19	9%
	No	185	91%
	Total	204	100%
Diabetes	Si	19	9%
	No	185	91%
	Total	204	100%
Gastritis	Si	19	9%
	No	185	91%
	Total	204	100%
Hipercolesterolemia	Si	2	1%
	No	202	99%
	Total	204	100%
Hipertensión Arterial	Si	54	26%
	No	150	74%
	Total	204	100%
Hipoacusia	Si	8	4%
	No	196	96%
	Total	204	100%
Osteoporosis	Si	17	8%
	No	187	92%

	Total	204	100%
Cáncer de mama	Si	2	1%
	No	202	99%
	Total	204	100%
Hipotiroidismo	Si	9	4%
	No	195	96%
	Total	204	100%
Hipergliceridemia	Si	13	6%
	No	191	94%
	Total	204	100%

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

El 26% de la población padece de hipertensión arterial, el 29% de enfermedades degenerativas del sistema osteomioarticular (artritis, osteoporosis, artrosis), mientras las gastritis y diabetes mellitus representan el 9% cada una. Hipetrigliceridemia el 6%. Hipotiroidismo e Hipoacusia el 4% cada una. Hiperplasia prostática, cáncer de mama, e hipercolesterolemia representaron el 3%.

Tabla 19. Distribución de Adultos Mayores por Enfermedades Crónicas no Transmisibles según sexo

	Sexo						p	
	Masculino		Femenino		Total			
	Recuent	%	Recuent	%	Recuent	%		
	o		o		o			
Hipertensión	Si	15	28%	39	26%	54	26%	0,725
	No	38	72%	112	74%	150	74%	
	Total	53	100	151	100	204	100%	
			%		%			
Artritis	Si	7	13%	17	11%	24	12%	0,705
	No	46	87%	134	89%	180	88%	

	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
Artrosis	Si	4	8%	15	10%	19	9%	0,607
	No	49	92%	136	90%	185	91%	
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
Diabetes	Si	5	9%	14	9%	19	9%	0,972
	No	48	91%	137	91%	185	91%	
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
Gastritis	Si	3	6%	16	11%	19	9%	0,287
	No	50	94%	135	89%	185	91%	
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
Osteoporosis	Si	1	2%	16	11%	17	8%	0,048
	No	52	98%	135	89%	187	92%	
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
Hipergliceridemi a	Si	1	2%	12	8%	13	6%	0,120
	No	52	98%	139	92%	191	94%	
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
Hipotiroidismo	Si	0	0%	9	6%	9	4%	0,069
	No	53	100%	142	94%	195	96%	
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
Hipoacusia	Si	2	4%	6	4%	8	4%	0,949
	No	51	96%	145	96%	196	96%	
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
	Si	3	6%	0	0%	3	1%	0,003

Hiperplasia protática benigna	No	50	94%	151	100%	201	99%	
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
	Si	0	0%	2	1%	2	1%	
Hipercolesterolemia	No	53	100%	149	99%	202	99%	0,400
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
	Si	0	0%	2	1%	2	1%	
Cáncer de mama	No	53	100%	149	99%	202	99%	0,400
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
	Si	0	0%	2	1%	2	1%	
Enfermedad renal crónica	No	52	98%	151	100%	203	100%	0,091
	Total	53	100%	151	100%	204	100%	
	Si	1	2%	0	0%	1	0%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Entre el sexo y las enfermedades se mostró una relación de dependencia con una p (0,048) entre el sexo femenino y la osteoporosis.

Tabla 20. Distribución de adultos mayores por enfermedades crónicas no transmisibles según etnia

	Etnia						p	
	Mestizo		Afrodescendiente		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Hipertensión	Si	41	22%	13	65%	54	26%	0,00
	No	143	78%	7	35%	150	74%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	

Artritis	Si	21	11%	3	15%	24	12%	0,64
	No	163	89%	17	85%	180	88%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Artrosis	Si	18	10%	1	5%	19	9%	0,49
	No	166	90%	19	95%	185	91%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Diabetes	Si	14	8%	5	25%	19	9%	0,01
	No	170	92%	15	75%	185	91%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Gastritis	Si	17	9%	2	10%	19	9%	0,91
	No	167	91%	18	90%	185	91%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Osteoporosis	Si	17	9%	0	0%	17	8%	0,16
	No	167	91%	20	100%	187	92%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Hipergliceridemia	Si	13	7%	0	0%	13	6%	0,22
	No	171	93%	20	100%	191	94%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Hipotiroidismo	Si	9	5%	0	0%	9	4%	0,31
	No	175	95%	20	100%	195	96%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Hipoacusia	Si	8	4%	0	0%	8	4%	0,34
	No	176	96%	20	100%	196	96%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
HPB	Si	0	0%	3	15%	3	1%	0,00
	No	184	100%	17	85%	201	99%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Hipercolesterolemia	Si	2	1%	0	0%	2	1%	0,64
	No	182	99%	20	100%	202	99%	
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Cáncer de mama	Si	2	1%	0	0%	2	1%	0,64
	No	182	99%	20	100%	202	99%	

	Total	184	100%	20	100%	204	100%	
Enfermedad renal crónica	Si	0	0%	1	5%	1	0%	
	No	184	100%	19	95%	203	100%	0,00
	Total	184	100%	20	100%	204	100%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Respecto a la presencia de hipertensión arterial de los cuales 41 correspondiente al 22% de la población mestiza, mientras que la población afrodescendiente tuvo 13 personas con diagnóstico de hipertensión arterial que corresponde al 65% , se obtiene una p (0,00) lo que nos muestra una dependencia de hipertensión con la población afrodescendiente, respecto a la mestiza.

Diabetes mellitus tipo II arterial de los cuales 14 de la población mestiza que corresponde al 8% del total, los afrodescendientes fueron 5 del total que corresponde al 25%, se obtiene una p (0,01) lo que nos muestra una tendencia hacia la hipertensión de la población afrodescendiente, con respecto a la mestiza. La enfermedad renal crónica que se presentó en un individuo de raza afrodescendiente tenía el antecedente de hipertensión arterial.

Tabla 21. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hiperplasia prostática benigna

Características	HPB						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Etnia	Mestizo	0	0%	74	81%	74	79%	0.001
	Afrodescendiente	3	100%	17	19%	20	21%	
	Total	3	100%	91	100%	94	100%	
Estado Civil	Casado	2	67%	91	46%	93	46%	0.079
	Soltero	0	0%	9	5%	9	4%	
	Divorciado	1	33%	7	4%	8	4%	
	Separado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Viudo	0	0%	83	42%	83	41%	
Total	3	100%	198	100%	201	100%		

	Primaria	0	0%	35	18%	35	18%	
	incompleta							
	Primaria	0	0%	31	16%	31	16%	
	Bachillerato	1	33%	54	27%	55	28%	
	Superior	1	33%	5	3%	6	3%	
	Técnico	1	33%	1	1%	2	1%	0.000
Escolaridad	Ninguno	0	0%	71	36%	71	36%	
	Total	3	100%	197	100%	200	100%	
	Urbana	3	100%	51	56%	54	57%	
Zona	Rural	0	0%	40	44%	40	43%	0.13
	Total	3	100%	91	100%	94	100%	
Acceso a	5km	3	100%	57	63%	60	64%	0.185
Servicios de	<5km	0	0%	34	37%	34	36%	
Salud	Total	3	100%	91	100%	94	100%	
	Agricultor	0	0%	43	22%	43	22%	
	QQDD	0	0%	6	3%	6	3%	
	Ama de casa	0	0%	95	48%	95	48%	
	Comerciante	0	0%	4	2%	4	2%	
	Cuidador de animales	0	0%	6	3%	6	3%	0.000
Ocupación	Jubilado	3	100%	11	6%	14	7%	
Actual	Otros	0	0%	7	4%	7	4%	
	Desempleado	0	0%	24	12%	24	12%	
	Total	3	100%	196	100%	199	100%	
	Menor a un salario	0	0%	6	35%	6	30%	
Ingresos	1-2 salarios	0	0%	6	35%	6	30%	0.064
Económicos	2-3 salarios	0	0%	1	6%	1	5%	
Mensuales	3-4 salarios	1	33%	3	18%	4	20%	
	Mayor a 4 salarios	2	67%	1	6%	3	15%	
	Total	3	100%	17	100%	20	100%	

	IESS	3	100%	6	35%	9	45%	
	ISFFA	0	0%	2	12%	2	10%	
Régimen de Afiliación	Ninguno	0	0%	9	53%	9	45%	0.116
	Total	3	100%	17	100%	20	100%	
	Si	2	67%	12	11%	14	13%	
	No	1	33%	93	89%	94	87%	
Licor	Total	3	100%	105	100%	108	100%	0.005
	Si	0	0%	3	3%	3	3%	
	No	3	100%	102	97%	105	97%	
Tabaquismo	Total	3	100%	105	100%	108	100%	0.767
	Si	0	0%	43	41%	43	40%	
	No	3	100%	62	59%	65	60%	
Ejercicio	Total	3	100%	105	100%	108	100%	0.153

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 22. Relación entre Características Determinantes de Adultos Mayores y Enfermedad renal crónica

Características	ERC						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	1	100%	52	26%	53	26%	0.091
	Femenino	0	0%	151	74%	151	74%	
	Total	1	100%	203	100%	204	100%	
Etnia	Mestizo	0	0%	74	80%	74	79%	0.053
	Afrodescendiente	1	100%	19	20%	20	21%	
	Total	1	100%	93	100%	94	100%	
Estado Civil	Casado	1	100%	92	46%	93	46%	0.883
	Soltero	0	0%	9	5%	9	4%	
	Divorciado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Separado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Viudo	0	0%	83	42%	83	41%	
	Total	1	100%	200	100%	201	100%	

	Primaria incompleta	0	0%	35	18%	35	18%	
	Primaria	0	0%	31	16%	31	16%	
	Bachillerato	1	100%	54	27%	55	28%	0.754
Escolaridad	Superior	0	0%	6	3%	6	3%	
	Técnico	0	0%	2	1%	2	1%	
	Ninguno	0	0%	71	36%	71	36%	
	Total	1	100%	199	100%	200	100%	
	Urbana	1	100%	53	57%	54	57%	
Zona	Rural	0	0%	40	43%	40	43%	0.387
	Total	1	100%	93	100%	94	100%	
	5km	1	100%	59	63%	60	64%	
Acceso a	<5km	0	0%	34	37%	34	36%	0.449
Servicios de	Total	1	100%	93	100%	94	100%	
Salud								
	Agricultor	0	0%	43	22%	43	22%	
	QQDD	0	0%	6	3%	6	3%	
	Ama de casa	0	0%	95	48%	95	48%	
	Comerciante	0	0%	4	2%	4	2%	
Ocupación	Cuidador de animales	0	0%	6	3%	6	3%	0.066
Actual	Jubilado	1	100%	13	7%	14	7%	
	Otros	0	0%	7	4%	7	4%	
	Desempleado	0	0%	24	12%	24	12%	
	Total	1	100%	198	100%	199	100%	
	Menor a un salario	0	0%	6	32%	6	30%	
Ingresos	1-2 salarios	1	100%	5	26%	6	30%	
Económicos	2-3 salarios	0	0%	1	5%	1	5%	0.653
Mensuales	3-4 salarios	0	0%	4	21%	4	20%	
	Mayor a 4 salarios	0	0%	3	16%	3	15%	

	Total	1	100%	19	100%	20	100%	
	IESS	1	100%	8	42%	9	45%	
	ISFFA	0	0%	2	11%	2	10%	
Régimen de Afiliación	Ninguno	0	0%	9	47%	9	45%	0.526
	Total	1	100%	19	100%	20	100%	
	Si	1	100%	13	12%	14	13%	
Licor	No	0	0%	94	88%	94	87%	0.009
	Total	1	100%	107	100%	108	100%	
	Si	0	0%	3	3%	3	3%	
Tabaquismo	No	1	100%	104	97%	105	97%	0.865
	Total	1	100%	107	100%	108	100%	
	Si	0	0%	43	40%	43	40%	
Ejercicio	No	1	100%	64	60%	65	60%	0.414
	Total	1	100%	107	100%	108	100%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 23. Relación entre características determinantes de adultos mayores y artritis

Características	Artritis						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	7	29.2%	46	25.6%	53	26.0%	0.705
	Femenino	17	70.8%	134	74.4%	151	74.0%	
	Total	24	100.0%	180	100.0%	204	100.0%	
Etnia	Mestizo	10	76.9%	64	79.0%	74	78.7%	0.864
	Afrodescendiente	3	23.1%	17	21.0%	20	21.3%	
	Total	13	100.0%	81	100.0%	94	100.0%	
Estado Civil	Casado	10	41.7%	83	46.9%	93	46.3%	0.618
	Soltero	1	4.2%	8	4.5%	9	4.5%	
	Divorciado	0	0.0%	8	4.5%	8	4.0%	
	Separado	2	8.3%	6	3.4%	8	4.0%	
	Viudo	11	45.8%	72	40.7%	83	41.3%	
	Total	24	100.0%	177	100.0%	201	100.0%	

Escolaridad	Primaria incompleta	2	8.3%	33	18.8%	35	17.5%	0.328
	Primaria	7	29.2%	24	13.6%	31	15.5%	
	Bachillerato	6	25.0%	49	27.8%	55	27.5%	
	Superior	0	0.0%	6	3.4%	6	3.0%	
	Técnico	0	0.0%	2	1.1%	2	1.0%	
	Ninguno	9	37.5%	62	35.2%	71	35.5%	
	Total	24	100.0%	176	100.0%	200	100.0%	
Zona	Urbana	11	84.6%	43	53.1%	54	57.4%	0.033
	Rural	2	15.4%	38	46.9%	40	42.6%	
	Total	13	100.0%	81	100.0%	94	100.0%	
Acceso a Servicios de Salud	5km	5	38.5%	55	67.9%	60	63.8%	0.040
	<5km	8	61.5%	26	32.1%	34	36.2%	
	Total	13	100.0%	81	100.0%	94	100.0%	
Ocupación Actual	Agricultor	4	16.7%	39	22.3%	43	21.6%	0.007
	QQDD	4	16.7%	2	1.1%	6	3.0%	
	Ama de casa	12	50.0%	83	47.4%	95	47.7%	
	Comerciante	0	0.0%	4	2.3%	4	2.0%	
	Cuidador de animales	0	0.0%	6	3.4%	6	3.0%	
	Jubilado	1	4.2%	13	7.4%	14	7.0%	
	Otros	1	4%	6	3%	7	4%	
	Desempleado	2	8%	22	13%	24	12%	
	Total	24	100%	175	100%	199	100%	
Ingresos Económicos Mensuales	Menor a un salario	1	33%	5	29%	6	30%	0.557
	1-2 salarios	2	67%	4	24%	6	30%	
	2-3 salarios	0	0%	1	6%	1	5%	
	3-4 salarios	0	0%	4	24%	4	20%	
	Mayor a 4 salarios	0	0%	3	18%	3	15%	

	Total	3	100%	17	100%	20	100%	
	IESS	0	0%	9	53%	9	45%	
	ISFFA	1	33%	1	6%	2	10%	
Régimen de Afiliación	Ninguno	2	67%	7	41%	9	45%	0.144
	Total	3	100%	17	100%	20	100%	
	Si	3	20%	11	12%	14	13%	
Licor	No	12	80%	82	88%	94	87%	0.382
	Total	15	100%	93	100%	108	100%	
	Si	2	13%	1	1%	3	3%	
Tabaquismo	No	13	87%	92	99%	105	97%	0.007
	Total	15	100%	93	100%	108	100%	
	Si	4	27%	39	42%	43	40%	
	No	11	73%	54	58%	65	60%	0.262
Ejercicio	Total	15	100.0%	93	100.0%	108	100.0%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Los determinantes sociales relacionados con la presencia de artritis encontrados fueron: el consumo de tabaco, zona urbana ocupación actual ama de casa.

Tabla 24. Relación entre características determinantes de adultos mayores y artrosis

Características	Artrosis						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	4	21.1%	49	26.5%	53	26.0%	0.607
	Femenino	15	78.9%	136	73.5%	151	74.0%	
	Total	19	100.0%	185	100.0%	204	100.0%	
Etnia	Mestizo	1	50.0%	73	79.3%	74	78.7%	0.316
	Afrodescendiente	1	50.0%	19	20.7%	20	21.3%	
	Total	2	100.0%	92	100.0%	94	100.0%	
	Casado	6	31.6%	87	47.8%	93	46.3%	
	Soltero	1	5.3%	8	4.4%	9	4.5%	
	Divorciado	1	5.3%	7	3.8%	8	4.0%	

	Separado	0	0.0%	8	4.4%	8	4.0%	
Estado	Viudo	11	57.9%	72	39.6%	83	41.3%	0.504
Civil	Total	19	100.0%	182	100.0%	201	100.0%	
	Primaria	0	0.0%	35	19.3%	35	17.5%	
	incompleta							
	Primaria	0	0.0%	31	17.1%	31	15.5%	
	Bachillerato	10	52.6%	45	24.9%	55	27.5%	
Escolaridad	Superior	0	0.0%	6	3.3%	6	3.0%	0.02
	Técnico	0	0.0%	2	1.1%	2	1.0%	
	Ninguno	9	47.4%	62	34.3%	71	35.5%	
	Total	19	100.0%	181	100.0%	200	100.0%	
	Urbana	1	50.0%	53	57.6%	54	57.4%	
	Rural	1	50.0%	39	42.4%	40	42.6%	
Zona	Total	2	100.0%	92	100.0%	94	100.0%	0.83
Acceso a	5km	2	100.0%	58	63.0%	60	63.8%	
Servicios de	<5km	0	0.0%	34	37.0%	34	36.2%	0.282
Salud	Total	2	100.0%	92	100.0%	94	100.0%	
	Agricultor	6	31.6%	37	20.6%	43	21.6%	
	QQDD	0	0.0%	6	3.3%	6	3.0%	
	Ama de casa	11	57.9%	84	46.7%	95	47.7%	
	Comerciante	0	0.0%	4	2.2%	4	2.0%	
	Cuidador de	0	0.0%	6	3.3%	6	3.0%	
Ocupación	animales							0.59
Actual	Jubilado	0	0.0%	14	7.8%	14	7.0%	
	Otros	1	5%	6	3%	7	4%	
	Desempleado	1	5%	23	13%	24	12%	
	Total	19	100%	180	100%	199	100%	
	Menor a un	1	100%	5	26%	6	30%	
	salario							
	1-2 salarios	0	0%	6	32%	6	30%	
	2-3 salarios	0	0%	1	5%	1	5%	
	3-4 salarios	0	0%	4	21%	4	20%	0.653

Ingresos Económicos Mensuales	Mayor a 4 salarios	0	0%	3	16%	3	15%	
	Total	1	100%	19	100%	20	100%	
	IESS	0	0%	9	47%	9	45%	
	ISFFA	1	100%	1	5%	2	10%	
Régimen de Afiliación	Ninguno	0	0%	9	47%	9	45%	0.009
	Total	1	100%	19	100%	20	100%	
Licor	Si	0	0%	14	14%	14	13%	
	No	7	100%	87	86%	94	87%	0.291
	Total	7	100%	101	100%	108	100%	
Tabaquismo	Si	0	0%	3	3%	3	3%	
	No	7	100%	98	97%	105	97%	0.644
	Total	7	100%	101	100%	108	100%	
Ejercicio	Si	1	20%	42	41%	43	40%	
	No	4	80%	61	59%	65	60%	0.354
	Total	5	100.0%	103	100.0%	108	100.0%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

La artrosis estuvo relacionada con la escolaridad puesto que la mayoría no tenía ninguna escolaridad.

Tabla 25. Relación entre características determinantes de adultos mayores y diabetes

Características	Diabetes						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	5	26.3%	48	25.9%	53	26.0%	0.972
	Femenino	14	73.7%	137	74.1%	151	74.0%	
	Total	19	100.0%	185	100.0%	204	100.0%	
Etnia	Mestizo	4	44.4%	70	82.4%	74	78.7%	0.008
	Afrodescendiente	5	55.6%	15	17.6%	20	21.3%	
	Total	9	100.0%	85	100.0%	94	100.0%	
	Casado	11	57.9%	82	45.1%	93	46.3%	

	Soltero	0	0.0%	9	4.9%	9	4.5%	
	Divorciado	2	10.5%	6	3.3%	8	4.0%	
Estado Civil	Separado	0	0.0%	8	4.4%	8	4.0%	0.275
	Viudo	6	31.6%	77	42.3%	83	41.3%	
	Total	19	100.0%	182	100.0%	201	100.0%	
	Primaria incompleta	5	26.3%	30	16.6%	35	17.5%	
	Primaria	3	15.8%	28	15.5%	31	15.5%	
	Bachillerato	8	42.1%	47	26.0%	55	27.5%	
	Superior	3	15.8%	3	1.7%	6	3.0%	
Escolaridad	Técnico	0	0.0%	2	1.1%	2	1.0%	0.001
	Ninguno	0	0.0%	71	39.2%	71	35.5%	
	Total	19	100.0%	181	100.0%	200	100.0%	
	Urbana	6	66.7%	48	56.5%	54	57.4%	
	Rural	3	33.3%	37	43.5%	40	42.6%	
Zona	Total	9	100.0%	85	100.0%	94	100.0%	0.556
Acceso a Servicios de Salud	5km <5km	8	88.9%	52	61.2%	60	63.8%	
	Total	1	11.1%	33	38.8%	34	36.2%	0.100
	Total	9	100.0%	85	100.0%	94	100.0%	
	Agricultor	1	5.6%	42	23.2%	43	21.6%	
	QQDD	0	0.0%	6	3.3%	6	3.0%	
	Ama de casa	11	61.1%	84	46.4%	95	47.7%	
	Comerciante	1	5.6%	3	1.7%	4	2.0%	
	Cuidador de animales	0	0.0%	6	3.3%	6	3.0%	0.263
Ocupación Actual	Jubilado	3	17%	11	6%	14	7%	
	Otros	0	0%	7	4%	7	4%	
	Desempleado	2	11%	22	12%	24	12%	
	Total	18	100%	181	100%	199	100%	
	Menor a un salario	2	40%	4	27%	6	30%	
	1-2 salarios	1	20%	5	33%	6	30%	

Ingresos	2-3 salarios	0	0%	1	7%	1	5%	
Económicos	3-4 salarios	2	40%	2	13%	4	20%	0.539
Mensuales	Mayor a 4 salarios	0	0%	3	20%	3	15%	
	Total	5	100%	15	100%	20	100%	
	IESS	2	40%	7	47%	9	45%	
	ISFFA	0	0%	2	13%	2	10%	
Régimen de Afiliación	Ninguno	3	60%	6	40%	9	45%	0.595
	Total	5	100%	15	100%	20	100%	
	Si	2	15%	12	13%	14	13%	
Licor	No	11	85%	83	87%	94	87%	
	Total	13	100%	95	100%	108	100%	0.782
	Si	0	0%	3	3%	3	3%	
	No	13	100%	92	97%	105	97%	0.516
Tabaquismo	Total	13	100%	95	100%	108	100%	
	Si	2	15%	41	43%	43	40%	
Ejercicio	No	11	85%	54	57%	65	60%	0.055
	Total	13	100.0%	95	100.0%	108	100.0%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

La diabetes estuvo relacionada con un mayor nivel de escolaridad (bachillerato y superior) p (0,01)

Tabla 26. Relación entre características determinantes de adultos mayores y gastritis

Características	Gastritis						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	3	16%	50	27%	53	26%	0.287
	Femenino	16	84%	135	73%	151	74%	
	Total	19	100%	185	100%	204	100%	
	Mestizo	10	83%	64	78%	74	79%	
	Afrodescendiente	2	17%	18	22%	20	21%	

Etnia	Total	12	100%	82	100%	94	100%	0.676
	Casado	7	37%	86	47%	93	46%	
	Soltero	1	5%	8	4%	9	4%	
	Divorciado	1	5%	7	4%	8	4%	
Estado Civil	Separado	2	11%	6	3%	8	4%	0.595
	Viudo	8	42%	75	41%	83	41%	
	Total	19	100%	182	100%	201	100%	
	Primaria incompleta	1	5%	34	19%	35	18%	
	Primaria	6	32%	25	14%	31	16%	
	Bachillerato	3	16%	52	29%	55	28%	
	Superior	0	0%	6	3%	6	3%	0.155
Escolaridad	Técnico	0	0%	2	1%	2	1%	
	Ninguno	9	47%	62	34%	71	36%	
	Total	19	100%	181	100%	200	100%	
	Urbana	11	92%	43	52%	54	57%	
Zona	Rural	1	8%	39	48%	40	43%	0.01
	Total	12	100%	82	100%	94	100%	
	5km	3	25%	57	70%	60	64%	
Acceso a Servicios de Salud	<5km	9	75%	25	30%	34	36%	0.003
	Total	12	100%	82	100%	94	100%	
	Agricultor	3	16%	40	22%	43	22%	
	QQDD	0	0%	6	3%	6	3%	
	Ama de casa	10	53%	85	47%	95	48%	
	Comerciante	0	0%	4	2%	4	2%	
	Cuidador de animales	0	0%	6	3%	6	3%	0.396
Ocupación Actual	Jubilado	0	0%	14	8%	14	7%	
	Otros	1	5%	6	3%	7	4%	
	Desempleado	5	26%	19	11%	24	12%	
	Total	19	100%	180	100%	199	100%	

Ingresos Económicos Mensuales	Menor a un salario	1	50%	5	28%	6	30%	0.83
	1-2 salarios	1	50%	5	28%	6	30%	
	2-3 salarios	0	0%	1	6%	1	5%	
	3-4 salarios	0	0%	4	22%	4	20%	
	Mayor a 4 salarios	0	0%	3	17%	3	15%	
Total	2	100%	18	100%	20	100%		
Régimen de Afiliación	IESS	0	0%	9	50%	9	45%	0.102
	ISFFA	1	50%	1	6%	2	10%	
	Ninguno	1	50%	8	44%	9	45%	
	Total	2	100%	18	100%	20	100%	
Licor	Si	1	8%	13	14%	14	13%	0.613
	No	11	92%	83	86%	94	87%	
	Total	12	100%	96	100%	108	100%	
Tabaquismo	Si	0	0%	3	3%	3	3%	0.535
	No	12	100%	93	97%	105	97%	
	Total	12	100%	96	100%	108	100%	
Ejercicio	Si	4	33%	39	41%	43	40%	0.627
	No	8	67%	57	59%	65	60%	
	Total	12	100%	96	100%	108	100%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 27. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hipertensión arterial

Características	Hipertensión						p
	Si		No		Total		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
Masculino	15	28%	38	25%	53	26%	
Femenino	39	72%	112	75%	151	74%	

Sexo	Total	54	100	150	100	204	100	0.7
			%		%		%	25
Etnia	Mestizo	30	70%	44	86%	74	79%	0.0
	Afrodescendiente	13	30%	7	14%	20	21%	
	Total	43	100	51	100	94	100	
			%		%		%	
Estado Civil	Casado	23	43%	70	48%	93	46%	0.0
	Soltero	5	9%	4	3%	9	4%	
	Divorciado	5	9%	3	2%	8	4%	
	Separado	5	9%	3	2%	8	4%	
	Viudo	16	30%	67	46%	83	41%	
	Total	54	100	147	100	201	100	
			%		%		%	
Escolaridad	Primaria incompleta	16	30%	19	13%	35	18%	0.0
	Primaria	13	24%	18	12%	31	16%	
	Bachillerato	14	26%	41	28%	55	28%	
	Superior	4	7%	2	1%	6	3%	
	Técnico	1	2%	1	1%	2	1%	
	Ninguno	6	11%	65	45%	71	36%	
	Total	54	100	146	100	200	100	
			%		%		%	
Zona	Urbana	32	74%	22	43%	54	57%	0.0
	Rural	11	26%	29	57%	40	43%	
	Total	43	100	51	100	94	100	
			%		%		%	
Acceso a Servicio de Salud	5km	24	56%	36	71%	60	64%	0.1
	<5km	19	44%	15	29%	34	36%	
	Total	43	100	51	100	94	100	
			%		%		%	

	Agricultor	4	7%	39	27%	43	22%	
	QQDD	1	2%	5	3%	6	3%	
	Ama de casa	28	52%	67	46%	95	48%	
	Comerciante	0	0%	4	3%	4	2%	
	Cuidador de animales	1	2%	5	3%	6	3%	0.0
Ocupación	Jubilado	8	15%	6	4%	14	7%	11
	Otros	2	4%	5	3%	7	4%	
Actual	Desempleado	10	19%	14	10%	24	12%	
	Total	54	100%	145	100%	199	100%	
	Menor a un salario	3	23%	3	43%	6	30%	
	1-2 salarios	4	31%	2	29%	6	30%	
	2-3 salarios	1	8%	0	0%	1	5%	
Ingresos Económicos Mensuales	3-4 salarios	3	23%	1	14%	4	20%	0.8
	Mayor a 4 salarios	2	15%	1	14%	3	15%	58
	Total	13	100%	7	100%	20	100%	
	IESS	7	54%	2	29%	9	45%	
	ISFFA	2	15%	0	0%	2	10%	
Régimen de Afiliación	Ninguno	4	31%	5	71%	9	45%	0.1
	Total	13	100%	7	100%	20	100%	83
	Si	6	15%	8	12%	14	13%	
Licor	No	33	85%	61	88%	94	87%	0.5
	Total	39	100%	69	100%	108	100%	73
	Si	1	3%	2	3%	3	3%	

Tabaquismo	No	38	97%	67	97%	105	97%	0.9
	Total	39	100%	69	100%	108	100%	19
	Si	11	28%	32	46%	43	40%	
Ejercicio	No	28	72%	37	54%	65	60%	0.0
	Total	39	100.0%	69	100.0%	108	100.0%	64

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 28. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hipercolesterolemia

Características	Hipercolesterolemia							p
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	0	0%	53	26%	53	26%	0.400
	Femenino	2	100%	149	74%	151	74%	
	Total	2	100%	202	100%	204	100%	
Etnia	Mestizo	2	100%	72	78%	74	79%	0.457
	Afrodescendiente	0	0%	20	22%	20	21%	
	Total	2	100%	92	100%	94	100%	
Estado Civil	Casado	2	100%	91	46%	93	46%	0.672
	Soltero	0	0%	9	5%	9	4%	
	Divorciado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Separado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Viudo	0	0%	83	42%	83	41%	
	Total	2	100%	199	100%	201	100%	
Escolaridad	Primaria incompleta	0	0%	35	18%	35	18%	0.752
	Primaria	1	50%	30	15%	31	16%	
	Bachillerato	0	0%	55	28%	55	28%	
	Superior	0	0%	6	3%	6	3%	
	Técnico	0	0%	2	1%	2	1%	

	Ninguno	1	50%	70	35%	71	36%	
	Total	2	100%	198	100%	200	100%	
Zona	Urbana	0	0%	54	59%	54	57%	
	Rural	2	100%	38	41%	40	43%	0.097
	Total	2	100%	92	100%	94	100%	
Acceso a Servicios de Salud	5km	2	100%	58	63%	60	64%	
	<5km	0	0%	34	37%	34	36%	0.282
	Total	2	100%	92	100%	94	100%	
Ocupación Actual	Agricultor	0	0%	43	22%	43	22%	
	QQDD	0	0%	6	3%	6	3%	
	Ama de casa	2	100%	93	47%	95	48%	
	Comerciante	0	0%	4	2%	4	2%	
	Cuidador de animales	0	0%	6	3%	6	3%	0.947
	Jubilado	0	0%	14	7%	14	7%	
	Otros	0	0%	7	4%	7	4%	
	Desempleado	0	0%	24	12%	24	12%	
	Total	2	100%	197	100%	199	100%	
	Ingresos Económicos Mensuales	Menor a un salario	0	0%	6	30%	6	30%
1-2 salarios		0	0%	6	30%	6	30%	
2-3 salarios		0	0%	1	5%	1	5%	----
3-4 salarios		0	0%	4	20%	4	20%	
Mayor a 4 salarios		0	0%	3	15%	3	15%	
Total		0	0%	20	100%	20	100%	
Régimen de Afiliación	IESS	0	0%	9	45%	9	45%	
	ISFFA	0	0%	2	10%	2	10%	
	Ninguno	0	0%	9	45%	9	45%	----
	Total	0	0%	20	100%	20	100%	
Licor	Si	0	0%	14	13%	14	13%	

	No	0	0%	94	87%	94	87%	----
	Total	0	0%	108	100%	108	100%	
	Si	0	0%	3	3%	3	3%	
Tabaquismo	No	0	0%	105	97%	105	97%	----
	Total	0	0%	108	100%	108	100%	
	Si	0	0%	43	40%	43	40%	
Ejercicio	No	0	0%	65	60%	65	60%	
	Total	0	0%	108	100%	108	100%	----

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 29. Relación entre Características Determinantes de Adultos Mayores e Hipoacusia

Características	Hipoacusia						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	2	25%	51	26%	53	26%	0.949
	Femenino	6	75%	145	74%	151	74%	
	Total	8	100%	196	100%	204	100%	
Etnia	Mestizo	0	0%	74	79%	74	79%	
	Afrodescendiente	0	0%	20	21%	20	21%	
	Total	0	0%	94	100%	94	100%	
Estado Civil	Casado	3	38%	90	47%	93	46%	0.070
	Soltero	2	25%	7	4%	9	4%	
	Divorciado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Separado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Viudo	3	38%	80	41%	83	41%	
	Total	8	100%	193	100%	201	100%	
Educación	Primaria incompleta	0	0%	35	18%	35	18%	0.072
	Primaria	0	0%	31	16%	31	16%	
	Bachillerato	1	13%	54	28%	55	28%	

Escolaridad	Superior	0	0%	6	3%	6	3%	
	Técnico	0	0%	2	1%	2	1%	
	Ninguno	7	88%	64	33%	71	36%	
	Total	8	100%	192	100%	200	100%	
Zona	Urbana	0	0%	54	57%	54	57%	
	Rural	0	0%	40	43%	40	43%	----
	Total	0	0%	94	100%	94	100%	
Acceso a Servicios de Salud	5km	0	0%	60	64%	60	64%	
	<5km	0	0%	34	36%	34	36%	----
	Total	0	0%	94	100%	94	100%	
Ocupación Actual	Agricultor	4	50%	39	20%	43	22%	
	QQDD	0	0%	6	3%	6	3%	
	Ama de casa	2	25%	93	49%	95	48%	
	Comerciante	1	13%	3	2%	4	2%	
	Cuidador de animales	0	0%	6	3%	6	3%	0.191
	Jubilado	0	0%	14	7%	14	7%	
	Otros	0	0%	7	4%	7	4%	
	Desempleado	1	13%	23	12%	24	12%	
	Total	8	100%	191	100%	199	100%	
Ingresos Económicos Mensuales	Menor a un salario	0	0%	6	30%	6	30%	
	1-2 salarios	0	0%	6	30%	6	30%	
	2-3 salarios	0	0%	1	5%	1	5%	----
	3-4 salarios	0	0%	4	20%	4	20%	
	Mayor a 4 salarios	0	0%	3	15%	3	15%	
Total	0	0%	20	100%	20	100%		
Aseguramiento	IESS	0	0%	9	45%	9	45%	
	ISFFA	0	0%	2	10%	2	10%	
	Ninguno	0	0%	9	45%	9	45%	----

Régimen de Afiliación	Total	0	0%	20	100%	20	100%	
Licor	Si	0	0%	14	14%	14	13%	
	No	8	100%	86	86%	94	87%	0.257
	Total	8	100%	100	100%	108	100%	
Tabaquismo	Si	0	0%	3	3%	3	3%	
	No	8	100%	97	97%	105	97%	0.619
	Total	8	100%	100	100%	108	100%	
Ejercicio	Si	6	75%	37	37%	43	40%	
	No	2	25%	63	63%	65	60%	0.035
	Total	8	100%	100	100%	108	100%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

De todos los adultos mayores los 8 que tienen hipoacusia tenían un audífono al momento de las entrevistas. El periodo de envejecimiento viene acompañado de presbiacusia.

Tabla 30. Relación entre Características Determinantes de Adultos Mayores y Osteoporosis

Características	Osteoporosis						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	1	6%	52	28%	53	26%	
	Femenino	16	94%	135	72%	151	74%	0.048
	Total	17	100%	187	100%	204	100%	
Etnia	Mestizo	6	100%	68	77%	74	79%	
	Afrodescendiente	0	0%	20	23%	20	21%	0.188
	Total	6	100%	88	100%	94	100%	
	Casado	8	47%	85	46%	93	46%	
	Soltero	0	0%	9	5%	9	4%	
	Divorciado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Separado	0	0%	8	4%	8	4%	

Estado	Viudo	9	53%	74	40%	83	41%	0.571
Civil	Total	17	100%	184	100%	201	100%	
	Primaria incompleta	2	12%	33	18%	35	18%	
	Primaria	2	12%	29	16%	31	16%	
	Bachillerato	7	41%	48	26%	55	28%	
Escolaridad	Superior	0	0%	6	3%	6	3%	0.773
	Técnico	0	0%	2	1%	2	1%	
	Ninguno	6	35%	65	36%	71	36%	
	Total	17	100%	183	100%	200	100%	
	Urbana	5	83%	49	56%	54	57%	
Zona	Rural	1	17%	39	44%	40	43%	0.185
	Total	6	100%	88	100%	94	100%	
	5km	1	17%	59	67%	60	64%	
Acceso a	<5km	5	83%	29	33%	34	36%	0.013
Servicios de	Total	6	100%	88	100%	94	100%	
Salud								
	Agricultor	2	12%	41	23%	43	22%	
	QQDD	0	0%	6	3%	6	3%	
	Ama de casa	11	65%	84	46%	95	48%	
	Comerciante	1	6%	3	2%	4	2%	
	Cuidador de animales	0	0%	6	3%	6	3%	0.532
Ocupación	Jubilado	0	0%	14	8%	14	7%	
Actual	Otros	1	6%	6	3%	7	4%	
	Desempleado	2	12%	22	12%	24	12%	
	Total	17	100%	182	100%	199	100%	
	Menor a un salario	0	0%	6	30%	6	30%	
	1-2 salarios	0	0%	6	30%	6	30%	
	2-3 salarios	0	0%	1	5%	1	5%	----
	3-4 salarios	0	0%	4	20%	4	20%	

Ingresos Económicos Mensuales	Mayor a 4 salarios	0	0%	3	15%	3	15%	
	Total	0	0%	20	100%	20	100%	
	IESS	0	0%	9	45%	9	45%	
	ISFFA	0	0%	2	10%	2	10%	----
Régimen de Afiliación	Ninguno	0	0%	9	45%	9	45%	
	Total	0	0%	20	100%	20	100%	
Licor	Si	1	11%	13	13%	14	13%	0.863
	No	8	89%	86	87%	94	87%	
	Total	9	100%	99	100%	108	100%	
Tabaquismo	Si	0	0%	3	3%	3	3%	0.596
	No	9	100%	96	97%	105	97%	
	Total	9	100%	99	100%	108	100%	
Ejercicio	Si	4	44%	39	39%	43	40%	0.767
	No	5	56%	60	61%	65	60%	
	Total	9	100%	99	100%	108	100%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 31. Relación entre características determinantes de adultos mayores y cáncer de mama

Características	Cáncer de mama						p
	Si		No		Total		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
Sexo	Masculino	0	0%	53	26%	53	26%
	Femenino	2	100%	149	74%	151	74%
	Total	2	100%	202	100%	204	100%
Etnia	Mestizo	1	100%	73	78%	74	79%
			%		%		%

	Afrodescendiente	0	0%	20	22%	20	21%	0.60
	Total	1	100%	93	100%	94	100%	1
	Casado	1	50%	92	46%	93	46%	
	Soltero	0	0%	9	5%	9	4%	
	Divorciado	0	0%	8	4%	8	4%	
	Separado	0	0%	8	4%	8	4%	
Estado Civil	Viudo	1	50%	82	41%	83	41%	0.99
	Total	2	100%	199	100%	201	100%	0
	Primaria incompleta	0	0%	35	18%	35	18%	
	Primaria	0	0%	31	16%	31	16%	
	Bachillerato	0	0%	55	28%	55	28%	
	Superior	0	0%	6	3%	6	3%	
	Técnico	0	0%	2	1%	2	1%	0.59
Escolaridad	Ninguno	2	100%	69	35%	71	36%	8
	Total	2	100%	198	100%	200	100%	
	Urbana	0	0%	54	58%	54	57%	
Zona	Rural	1	100%	39	42%	40	43%	0.24
	Total	1	100%	93	100%	94	100%	3
Acceso a Servicios de Salud	5km	1	100%	59	63%	60	64%	0.44
	<5km	0	0%	34	37%	34	36%	9
	Total	1	100%	93	100%	94	100%	
	Agricultor	0	0%	43	22%	43	22%	

	QDDD	0	0%	6	3%	6	3%	
	Ama de casa	1	50%	94	48%	95	48%	
	Comerciante	0	0%	4	2%	4	2%	
	Cuidador de	0	0%	6	3%	6	3%	
Ocupació	animales							0.86
n Actual	Jubilado	0	0%	14	7%	14	7%	3
	Otros	0	0%	7	4%	7	4%	
	Desempleado	1	50%	23	12%	24	12%	
	Total	2	100	197	100	199	100	
			%		%		%	
<hr/>								
	Menor a un	0	0%	6	30%	6	30%	
	salario							
	1-2 salarios	0	0%	6	30%	6	30%	
Ingresos	2-3 salarios	0	0%	1	5%	1	5%	
Económi	3-4 salarios	0	0%	4	20%	4	20%	----
cos	Mayor a 4	0	0%	3	15%	3	15%	
Mensuale	salarios							
s	Total	0	0%	20	100	20	100	
					%		%	
<hr/>								
	IESS	0	0%	9	45%	9	45%	
	ISFFA	0	0%	2	10%	2	10%	
Régimen	Ninguno	0	0%	9	45%	9	45%	
de	Total	0	0%	20	100	20	100	-----
Afiliació					%		%	
n								
<hr/>								
	Si	0	0%	14	13%	14	13%	
Licor	No	0	0%	94	87%	94	87%	
	Total	0	0%	108	100	108	100	-----
					%		%	
<hr/>								
	Si	0	0%	3	3%	3	3%	
Tabaquis	No	0	0%	105	97%	105	97%	-----
mo	Total	0	0%	108	100	108	100	
					%		%	
<hr/>								

	Si	0	0%	43	40%	43	40%	
Ejercicio	No	0	0%	65	60%	65	60%	-----
	Total	0	0%	108	100	108	100	
					%		%	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 32. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hipotiroidismo

Características	Hipotiroidismo						p	
	Si		No		Total			
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
Sexo	Masculino	0	0%	53	27%	53	26%	
	Femenino	9	100%	142	73%	151	74%	0.069
	Total	9	100%	195	100%	204	100%	
Etnia	Mestizo	6	100%	68	77%	74	79%	
	Afrodescendiente	0	0%	20	23%	20	21%	0.188
	Total	6	100%	88	100%	94	100%	
Estado Civil	Casado	4	44%	89	46%	93	46%	
	Soltero	0	0%	9	5%	9	4%	
	Divorciado	1	11%	7	4%	8	4%	0.561
	Separado	1	11%	7	4%	8	4%	
	Viudo	3	33%	80	42%	83	41%	

	Total	9	100%	192	100%	201	100%	
	Primaria incompleta	3	33%	32	17%	35	18%	
	Primaria	4	44%	27	14%	31	16%	0.0
Escolaridad	Bachillerato	2	22%	53	28%	55	28%	68
ad								
	Superior	0	0%	6	3%	6	3%	
	Técnico	0	0%	2	1%	2	1%	
	Ninguno	0	0%	71	37%	71	36%	
	Total	9	100%	191	100%	200	100%	
Zona	Urbana	4	67%	50	57%	54	57%	0.6
	Rural	2	33%	38	43%	40	43%	37
	Total	6	100%	88	100%	94	100%	
Acceso a Servicios de Salud	5km	2	33%	58	66%	60	64%	0.1
	<5km	4	67%	30	34%	34	36%	08
	Total	6	100%	88	100%	94	100%	
	Agricultor	1	11%	42	22%	43	22%	
	QQDD	1	11%	5	3%	6	3%	
	Ama de casa	4	44%	91	48%	95	48%	0.5
	Comerciante	0	0%	4	2%	4	2%	35

Ocupación	Cuidador de animales	0	0%	6	3%	6	3%	
Actual	Jubilado	0	0%	14	7%	14	7%	
	Otros	1	11%	6	3%	7	4%	
	Desempleado	2	22%	22	12%	24	12%	
	Total	9	100%	190	100%	199	100%	
	Menor a un salario	0	0%	6	30%	6	30%	
Ingresos Económicos Mensuales	1-2 salarios	0	0%	6	30%	6	30%	---
	2-3 salarios	0	0%	1	5%	1	5%	
	3-4 salarios	0	0%	4	20%	4	20%	
	Mayor a 4 salarios	0	0%	3	15%	3	15%	
	Total	0	0%	20	100%	20	100%	
	IESS	0	0%	9	45%	9	45%	
Régimen de Afiliación	ISFFA	0	0%	2	10%	2	10%	---
	Ninguno	0	0%	9	45%	9	45%	
	Total	0	0%	20	100%	20	100%	
Licor	Si	0	0%	14	14%	14	13%	0.2
	No	7	100%	87	86%	94	87%	91
	Total	7	100%	101	100%	108	100%	

	Si	0	0%	3	3%	3	3%	
Tabaquismo	No	7	100%	98	97%	105	97%	0.644
	Total	7	100%	101	100%	108	100%	
<hr/>								
Ejercicio	Si	3	43%	40	40%	43	40%	0.8
	No	4	57%	61	60%	65	60%	65
	Total	7	100.0%	101	100.0%	108	100.0%	1

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

Tabla 33. Relación entre características determinantes de adultos mayores e hipertrigliceridemia

Características		Hipertrigliceridemia						p
		Si		No		Total		
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
Sexo	Masculino	1	0	52	0	53	0	0.120
	Femenino	12	1	139	1	151	1	
	Total	13	1	191	1	204	1	
Etnia	Mestizo	13	1	61	1	74	1	0.043
	Afrodescendiente	0	0	20	0	20	0	
	Total	13	1	81	1	94	1	
Estado Civil	Casado	5	0	88	0	93	0	0.207
	Soltero	1	0	8	0	9	0	
	Divorciado	2	0	6	0	8	0	
	Separado	1	0	7	0	8	0	
	Viudo	4	0	79	0	83	0	
	Total	13	1	188	1	201	1	
Escolaridad	Primaria incompleta	8	1	27	0	35	0	0.001
	Primaria	1	0	30	0	31	0	
	Bachillerato	0	0	55	0	55	0	
	Superior	0	0	6	0	6	0	
	Técnico	0	0	2	0	2	0	
	Ninguno	4	0	67	0	71	0	
	Total	13	1	187	1	200	1	
Zona	Urbana	5	0	49	1	54	1	0.136
	Rural	8	1	32	0	40	0	
	Total	13	1	81	1	94	1	
Acceso a Servicios de Salud	5km	8	1	52	1	60	1	0.853
	<5km	5	0	29	0	34	0	
	Total	13	1	81	1	94	1	

	Agricultor	0	0	43	0	43	0	
	QQDD	0	0	6	0	6	0	
	Ama de casa	9	1	86	0	95	0	
	Comerciante	0	0	4	0	4	0	
	Cuidador de animales	1	0	5	0	6	0	
Ocupación								0.258
Actual	Jubilado	0	0	14	0	14	0	
	Otros	0	0	7	0	7	0	
	Desempleado	3	0	21	0	24	0	
	Total	13	1	186	1	199	1	
	Menor a un salario	0	0	6	0	6	0	
Ingresos Económicos Mensuales	1-2 salarios	0	0	6	0	6	0	-----
	2-3 salarios	0	0	1	0	1	0	
	3-4 salarios	0	0	4	0	4	0	
	Mayor a 4 salarios	0	0	3	0	3	0	
	Total	0	0	20	1	20	1	
	Si	0	0	14	0	14	0	
Licor	No	5	1	89	1	94	1	
	Total	5	1	103	1	108	1	0.377
	Si	0	0	3	0	3	0	
Tabaquismo	No	5	1	100	1	105	1	
	Total	5	1	103	1	108	1	0.699
	Si	2	0	41	0	43	0	
Ejercicio	No	3	1	62	1	65	1	0.993
	Total	5	1	103	1	108	1	

Fuente: Datos de la investigación.

Elaborado por: Quiñonez S. 2020.

La Hipertrigliceridemia solo estuvo presente en los diagnósticos en pacientes de raza mestiza.

3.1.2 Discusión de los resultados

En la Conferencia Mundial, de Determinantes Sociales de la Salud, en 2011 definió a los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en que las personas nacen, se desarrollan, viven, laboran y envejecen. También se incluyen elementos del sistema de salud que afectan la calidad y expectativa de vida (1). Solar e Irwin proponen en su modelo teórico una clasificación de estos determinantes en dos grupos: estructurales los productores primarios de estratificación social e intermedios que se refieren a las condiciones materiales de vida (22).

Determinantes sociales estructurales: clase social, sexo, edad, etnia, profesión, acceso a los servicios de salud, territorio y políticas macroeconómicas. Determinantes sociales intermedios: condiciones de empleo, ingresos y situación económica vivienda y situación material, entorno residencial (22).

En la actualidad existen alrededor de 600 millones de adultos mayores en el mundo. Representa entre el 15-20% de la población, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina en el año 1950 la esperanza de vida al nacer era de 55,7 años, en 2015 aumentó a 74,7 años (9). El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Ecuador informó en 2017, que la población ecuatoriana alcanzó los 17 096 789 habitantes, de los cuales 1 111291 correspondiente al 6,5% fueron los adultos mayores.

Dentro de la población de estudio de los adultos mayores el sexo que predominó fue el femenino con un porcentaje del 74% debido a que las mujeres son las que más acuden a los centros activos del adulto mayor.

En la población de estudio, se obtuvieron los datos de 4 parroquias del cantón Ambato: Picaihua (rural), Apatug (rural), Atahualpa e Izamba (urbana), de las cuales el 52% de las personas pertenecían a la parroquia Izamba. Que incluyó 204 adultos mayores se identificó que el 41% de la población tiene al menos 1 enfermedad crónica no transmisible, el 35% presentó 2 o más enfermedades; lo que implica que la tercera parte de la población tiene morbimortalidad, mientras un 24% no presentó ninguna enfermedad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles que se encontraron en el estudio estuvieron distribuidas en el siguiente orden de frecuencia: el 26% de la población

padece de hipertensión arterial, el 29% de enfermedades degenerativas del sistema osteomioarticular entre ellas artritis con un 12%, osteoporosis 8%, y artrosis 9%. Mientras las gastritis y diabetes mellitus representan el 9% cada una. Hipertrigliceridemia el 6%. Hipotiroidismo e Hipoacusia el 4% cada una. Hiperplasia prostática benigna, cáncer de mama, e hipercolesterolemia representaron el 3%.

Estos resultados se pueden comparar con el perfil epidemiológico de la provincia de Tungurahua donde se evaluó a los adultos mayores que fueron atendidos en los centros de salud del Ministerio de Salud Pública con un total de 32810 atenciones las cuales; esto es primeras consultas de las cuales las patologías del sistema músculo esquelético fue responsable del 21,9%, Cardiovascular de 10.98%; Respiratorias con el 17.13%; Endócrino Metabólicas con el 5% (11). Estos datos abarcan de manera similar las patologías encontradas en el estudio. Las patologías del sistema osteomioarticular se ubican en el primer lugar seguido de las cardiovasculares (Hipertensión arterial) con la variación de que las enfermedades endocrino metabólicas en tercer lugar encontradas en el estudio como diabetes mellitus tipo II e hipotiroidismo; en relación al tercer lugar dado por afecciones respiratorias.

La aparición de trastornos en el metabolismo de los lípidos fue del 7% de los encuestados y estuvo relacionado con la hipertensión arterial lo que aumenta de manera significativa el riesgo cardiovascular. Se debe hacer una evaluación de este riesgo en la atención primaria para realizar la intervención más idónea con el objetivo de disminuir las posibles complicaciones (Infarto agudo de miocardio, eventos cerebrovasculares) y la multimorbilidad un estudio de Leite y colaboradores realizado en Brasil encontró una asociación significativa entre la multimorbilidad y los adultos mayores de 80 años(53).

La hipertensión arterial fue la patología que más se presentó en ambos sexos siendo más frecuente en la población viuda y divorciada, con una dependencia en la población afrodescendiente respecto a la mestiza. La aparición de osteoporosis estuvo relacionada con el sexo femenino. La diabetes se relacionó con el área urbana, mayor escolaridad y la población afrodescendiente. Respecto a la artritis se encontró una asociación con el consumo de tabaco, área urbana y la ocupación de quehaceres domésticos.

De manera general el sexo masculino padece de enfermedades de evolución corta y con mayor mortalidad entre ellas las enfermedades cardiovasculares (Hipertensión arterial, Cardiopatía Isquémica). Mientras las mujeres de enfermedades de evolución lenta, degenerativas como artritis, artrosis y osteoporosis, en nuestro estudio la osteoporosis tuvo una relación significativa con respecto al sexo femenino (28).

A nivel mundial, la hipertensión arterial continúa siendo la patología más común en los adultos mayores (57). Diversas acciones pueden desarrollarse desde el nivel primario de atención para su control como: incentivar una adecuada dieta, la práctica sistemática de ejercicios físicos, evitar el estrés, suprimir el sedentarismo y sobrepeso, control sistemático de las cifras de tensión arterial, así como cumplir con el tratamiento médico indicado(46)(58) .

La raza que tuvo mayor participación fue la mestiza, con un 90%, el 10% restante fueron afrodescendiente. Respecto a la presencia de hipertensión arterial de los cuales 41 correspondiente al 22% de la población mestiza, mientras que la población afro descendiente tuvo 13 personas con diagnóstico de hipertensión arterial que corresponde al 65%, de los encuestados dando como resultados la asociación estadísticamente significativa entre hipertensión arterial y la población afro descendiente.

En la población afrodescendientes el tratamiento de la hipertensión arterial es de difícil manejo pudiendo presentar complicaciones. La enfermedad renal crónica es una de ellas y se presentó en un individuo de raza afro descendiente con antecedente de hipertensión arterial de larga evolución.

El concepto de multimorbilidad nos debe enfocar en considerar en nuestro medio que 3 de cada 10 adultos mayores pueden llegar a presentar más de dos enfermedades. Un dato interesante fue que el 23% de la población conocía acerca de la presencia de un familiar con historia patológica de importancia, el 59% la desconocía.

Dentro de los adultos mayores también se consideran rangos de edad, los más jóvenes entre 60 y 74 años padecen al menos de una enfermedad crónica no transmisible, los ancianos medios entre 75 y más años sufren al menos dos, o más de estas entidades.

Una revisión sistemática que abordó la prevalencia de determinantes sociales asociados a la multimorbilidad, que incluyó 39 estudios con pacientes de 12 países, Li

y colaboradores demostraron una asociación estadísticamente significativa entre la multimorbilidad, la edad y un nivel socioeconómico más bajo (50). Las enfermedades que se presentaron fueron la osteoartritis, enfermedades cardiovasculares y metabólicas. En la investigación la multimorbilidad estuvo principalmente en el sexo femenino, mientras los hombres presentaron la hipertensión arterial esencial como patología única.

Las asociaciones de enfermedades que arrojó el estudio en el concepto de multimorbilidad fueron: Hipertensión arterial- Artritis, Hipertensión arterial-Gastritis, Hipertensión arterial- Diabetes Mellitus tipo II, Artritis-Gastritis, Artrosis-Gastritis. Respecto a los que presentaron más de 3 comorbilidades se encontró Hipertensión arterial-Gastritis-Hipertrigliceridemia, Hipertensión arterial-Gastritis-Hipercolesterolemia, Hipertensión arterial-Gastritis-Artritis, estas agrupaciones de enfermedades se encontraron en las edades entre 65-75 años.

Los determinantes sociales en salud son estructurales como: la clase social, el sexo, la raza, la educación, la ocupación, ingresos socioeconómicos. Los determinantes intermedios incluyen, la seguridad social, la adherencia al sistema de salud los factores como la vivienda y el territorio.

Los determinantes sociales en salud encontrados fueron que respecto al estado civil el 46% de la población está casada, seguido de un 41% que eran viudos. El 80% pertenecía a la zona urbana, y cerca de 164 personas tenían acceso a una institución (centro de salud) a un radio menor de 5 kilómetros.

Respecto a la escolaridad el 35% no tenía ningún tipo de instrucción educativa, el 27% tenía bachillerato y solo el 3% educación superior. El 95% de la población estudiada no contaba con un régimen de afiliación a seguridad social y sus ingresos eran iguales o inferiores a un salario básico. La ocupación anterior y actual que más se presentó fue la agricultura y quehaceres domésticos que juntas alcanzan el 73%.

3.2 Verificación de hipótesis

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics V25.0. para obtener resultados en estadística descriptiva e inferencial, comparando los datos obtenidos en relación con los determinantes sociales en salud y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Se realizaron tablas de contingencia utilizando la herramienta CHIP2, con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5%. La probabilidad asociada representada con una (p) en las tablas de los resultados corresponde a $<0,05$ las variables son dependientes si es $>0,05$ las variables son independientes estadísticamente significativas entre sí.

Para la verificación de las hipótesis se utilizó un p que evaluó la dependencia de asociación entre las variables. En la cual una p menor a 0,05 significa que las variables son estadísticamente dependientes entre sí; mientras si la p es mayor a 0,05 las variables son estadísticamente independientes entre sí.

Hipótesis 1:

Hipótesis nula: todas las mujeres adultas mayores presentaban enfermedades crónicas degenerativas tipo osteoporosis y/o osteoartritis.

Hipótesis alterna: todas las mujeres adultas mayores no presentaban enfermedades crónicas degenerativas tipo osteoporosis y/o osteoartritis.

Se comprueba la hipótesis nula, con nivel de significancia: **p: 0,048.**

Hipótesis 2:

Hipótesis nula: Todos los hombres adultos mayores tienen mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial.

Hipótesis alterna: Todos los hombres adultos mayores no tienen mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial.

Se comprueba la hipótesis alterna con un nivel de significancia: **p: 0,75.**

Hipótesis 3:

Hipótesis nula: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la raza afrodescendiente.

Hipótesis alterna: La hipertensión arterial no es más frecuente en la raza afrodescendiente.

Se comprueba la hipótesis nula con un nivel de significancia: **p: 0,00.**

Hipótesis 4:

Hipótesis nula: Un menor nivel de escolaridad disminuye laborar en profesiones que no brindan seguridad social.

Hipótesis alterna: Un menor nivel de escolaridad disminuye laborar en profesiones que brindan seguridad social.

Se comprueba la hipótesis nula con un nivel de significancia: **p: 0,040**

Hipótesis 5:

Hipótesis nula: Altos niveles de escolaridad aumentan el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis alterna: Altos niveles de escolaridad no aumentan el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo II.

Se comprueba la hipótesis nula con un nivel de significancia: **p: 0,001**

Hipótesis 6:

Hipótesis nula: Los adultos mayores que viven en el área urbana tienen mayor probabilidad de padecer diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis alterna: Los adultos mayores que viven en el área urbana tienen menor probabilidad de padecer diabetes mellitus tipo II.

Se comprueba la hipótesis alterna con un nivel de significancia: **p: 0,556**

Hipótesis 7:

Hipótesis nula: Los adultos mayores que tenían como profesión la agricultura tiene un efecto positivo en la aparición de enfermedades degenerativas tipo osteoporosis y/o osteoartritis.

Hipótesis alterna: Los adultos mayores que tenían como profesión la agricultura no tiene un efecto positivo en la aparición de enfermedades degenerativas tipo osteoporosis y/o osteoartritis

Se comprueba la hipótesis alterna con un nivel de significancia: **p: 0,863**

Hipótesis 8:

Hipótesis nula: El habitar en el área urbana aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial en los adultos mayores

Hipótesis alterna: El habitar en el área urbana no aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial en los adultos mayores

Se comprueba la hipótesis alterna con un nivel de significancia: **p: 0,002.**

CAPÍTULO IV

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

1.1. Conclusiones

El estudio concluye que:

- 1.1.1. Los profesionales de medicina, trabajo social y la salud pública, desempeñan funciones clave para ayudar a reducir los resultados negativos para la salud relacionados con los determinantes sociales. Las buenas experiencias de atención primaria, incluida la accesibilidad y la continuidad de la atención, se asocian con una mejor salud auto informada y pueden reducir la asociación adversa entre la desigualdad de ingresos y la salud general.
- 1.1.2. Los médicos pueden ser defensores importantes en el esfuerzo por reducir los posibles resultados negativos para la salud asociados con los determinantes sociales de la salud. Puesto que estas necesidades no satisfechas pueden llevar a efectos negativos en la salud. Se convierte en un desafío para los médicos, comprender como estos determinantes influyen en las patologías y adherencia al tratamiento de las misma.
- 1.1.3. La población adulta mayor pasa por un proceso de envejecimiento donde aparecen las enfermedades crónicas no transmisibles. Tomar en cuenta que posterior a los 60 años 2 de cada 5 adultos mayores presentará al menos una enfermedad crónica considerar las de mayor frecuencia hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, artritis, osteoporosis, gastritis. Que 3 de cada 10 pacientes tendrá 2 o más patologías de base a las asociaciones más comunes: Hipertensión arterial- Artritis, Hipertensión arterial-Gastritis, Hipertensión arterial- Diabetes Mellitus tipo II, Artritis-Gastritis, Artrosis-Gastritis. Hipertensión arterial-Gastritis-Hipercolesterolemia.
- 1.1.4. La Hipertensión arterial la principal entidad encontrada y su asociación con el trastorno del metabolismo de los lípidos (Hipertrigliceridemia, Hipercolesterolemia) constituyen factores de riesgo para el infarto agudo de miocardio, eventos cerebrovasculares.
- 1.1.5. Dentro de los determinantes sociales estructurales se encuentran: la clase social, sexo, edad, etnia, territorio, profesión /ocupación, políticas macroeconómicas, mercado de trabajo, políticas de estado, acceso a los

servicios de salud. Las condiciones de empleo, ingresos y situación económica, vivienda y situación material, entorno residencial forman parte de los determinantes sociales estructurales.

- 1.1.6.** El abordaje de estos problemas podría reducir las disparidades en salud y promover la equidad en salud en la población. La conciencia de los determinantes sociales de la salud no siempre se traduce en mejores resultados de salud, pero es un componente importante del rol del médico y administrador de la atención médica.
- 1.1.7.** Reconocer la importancia de los determinantes en salud específicamente en la población adulta mayor y su asociación con patologías crónicas no degenerativas. La intervención en atención primaria debe fortalecerse para trabajar con la población a partir de los 40 años para lograr un envejecimiento activo saludable. Esto puede mejorar el proceso de toma de decisiones en relación al diagnóstico y tratamiento en los distintos niveles de atención dentro del sistema de salud.

1.2 Recomendaciones

- 1.2.1** A lo largo de la formación médica es necesario que los profesionales de la salud obtengan el conocimiento que le permita identificar y detectar los determinantes sociales en la salud de los adultos mayores y los enfoques para el tratamiento de estos pacientes.
- 1.2.2** Que exista un incremento en la comunicación entre profesionales con el fin de colaborar en equipo tratando a los pacientes en riesgo de verse afectados negativamente por los determinantes sociales de la salud; favoreciendo la atención, seguimiento y adherencia al tratamiento. Consideremos a la comunicación como la intervención más importante para educar acerca de los cambios en los comportamientos individuales que pueden estar influenciados por los determinantes sociales.
- 1.2.3** Evaluar y estratificar el riesgo cardiovascular brindará una intervención oportuna en la prevención de eventos cerebro vasculares e infarto agudo de miocardio que cuenta con altos niveles de mortalidad.
- 1.2.4** La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en su versión número 10, incluye Códigos Z (Z00 a Z99). Los códigos Z55 a Z65 se refieren

a cuestiones sociales o económicas, incluidos problemas relacionados con la educación (Z55), problemas relacionados con el empleo y el desempleo (Z56) y problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas (Z59). Al incluir estos diagnósticos mejoraríamos las intervenciones y la gestión.

- 1.2.5** Evaluar el riesgo mediante el SCORE UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) en todo paciente con Diabetes Mellitus, datos que se obtienen en la anamnesis: edad, sexo, etnia, tiempo de la enfermedad hábito de fumar y en el examen físico valores de presión arterial; la paraclínica incluye los niveles de colesterol, y hemoglobina glicosilada. Datos que son accesibles en los niveles de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLIBIOGRAFIA

- Arokiasamy P, Uttamacharya, Kowal P, Capistrant BD, Gildner TE, Thiele E, et al. Chronic noncommunicable diseases in 6 low- and middle-income countries: Findings from wave 1 of the world health organization's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *Am J Epidemiol*. 2017;185(6):414–28. (49)
- Benítez Pozo OL, Castillo Edua BR, Calero Benítez M, Hernández Pérez IR, Arencibia Sánchez JJ. Factores socio-epidemiológicos asociados a los accidentes en el anciano en San Juan y Martínez. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. 1999;17(2):26–36. (8)
- Bosch Bayard RI, Zayas Llerena T, Hernández Ulloa E. Algunos determinantes sociales y su impacto en las demencias. *Rev Cuba Salud Publica*. 2017;43(3):449–60. (32)
- Camps Calzadilla E, Gámez Fonseca M, Borroto M, Prado Martínez C. Evaluación nutricional de los centenarios cubanos y su relación con biomarcadores del envejecimiento. *Rev Cuba Investig Biomed*. 2013;32(1):57–64. (12)
- Care D, Suppl SS. 12. Older adults: Standards of medical care in diabetes2019. *Diabetes Care*. 2019;42(January):S139–47.(46)
- Confortin SC, Andrade SR de, Draeger VM, Meneghini V, Schneider IJC, Barbosa AR. Premature mortality caused by the main chronic noncommunicable diseases in the Brazilian states. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1588–94. (55)
- Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Heal*. 2018;3:1–8. (29)
- Friedman NL, Banegas MP. Toward Addressing Social Determinants of Health: A Health Care System Strategy. *Perm J*. 2018. (42)

- Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345–422.
- García Ramírez JA, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Rev Cuba Salud Publica*. 2017;43(2):191–203. (2)
- Gold R, Cottrell E, Bunce A, Middendorf M, Hollombe C, Cowburn S, et al. Developing Electronic Health Record (EHR) strategies related to health center patients' social determinants of health. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(4):428–47. (41)
- González R, Mercedes R, Cruz M, Castillo D, Olga S, Rodríguez L, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores Clinical Epidemiological Characterization of Hypertension in the. *Rev Finlay*. 2017;7(2):1–7. (38)
- Grau J. Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje de los factores psicosociales. *Salud Soc [Internet]*. 2016;7(2):138–66. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf> (44)
- Haimé M, Vázquez S, María I, González M. Mortalidad precoz por enfermedades crónicas no transmisibles : algo evitable , pero no resuelto Early Mortality due to non transmissible chronic diseases : preventable but still unsolved Estimado director : 2018;4–5. (7)
- Hernández Guerra Y, González Alonso JÁ, Marrero Silva I, Mora Hernández CM, Villafuerte Reinante J, Rodríguez Gómez A. Presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en población supuestamente sana en Cienfuegos. *Rev Finlay*. 2019;9(2):147–51. (34). (23)
- Johnston MC, Black C, Mercer SW, Prescott GJ, Crilly MA. Prevalence of secondary care multimorbidity in mid-life and its association with premature

- mortality in a large longitudinal cohort study. *BMJ Open*. 2020;10(5):e033622. (35)
- Kazi AA, Blonde L. Classification of diabetes mellitus. Vol. 21, *Clinics in Laboratory Medicine*. 2001. 1–13 p. (45)
 - Ledesma ER, Virginia J, Arévalo J. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial Clinical-epidemiological description of arterial hypertension. 2019;35(3):1–16. (57)
 - Leite BC, Oliveira-figueiredo DST De, Rocha FL, Nogueira MF. Multimorbidity due to chronic noncommunicable diseases in older adults : a population-based study. 2020;22(6).
 - Li X, Cai L, Cui WL, Wang XM, Li HF, He JH, et al. Association of socioeconomic and lifestyle factors with chronic non-communicable diseases and multimorbidity among the elderly in rural southwest China. *J Public Health (Oxf)*. 2020;42(2):239–46.
 - Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2008;24(4):2–9. (37)
 - López-Jaramillo P, López-López J. Determinantes sociales de salud y enfermedad cardiometabólica Social determinants of health and cardio-metabolic disease Contributions of Latin American research. *Acta Médica Colomb*. 2016;41(3):29–37. (6)
 - Machón M, Mosquera I, Larrañaga I, Martín U, Vergara I. Socioeconomic inequalities in health among the elderly population in Spain. *Gac Sanit*. 2019;(xx). (36)
 - Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(23072043160201830):1–13. (10)

- Marmot M, Filho AP, Vega J, Solar O, Fortune K. Action on social determinants of health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2013;34(6):379–84. (21)
- Martínez JC. Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. *Biomedica.* 2016;36(4):535–46. (26)
- Mazure CM, Swendsen J. Sex differences in Alzheimer’s disease and other dementias. *Lancet Neurol.* 2016;15(5):451–2. (33)
- Page-Reeves J, Kaufman W, Bleecker M, Norris J, McCalmont K, Ianakieva V, et al. Addressing Social Determinants of Health in a Clinic Setting: The WellRx Pilot in Albuquerque, New Mexico. *J Am Board Fam Med.* 2016;29(3):414–8. (17)
- Patana RV, Alvarado OS, Machuca LL. Calidad de vida en adultas mayores con cáncer relacionado con Determinantes Sociales de la Salud. *Rev Uruguay Enfermería.* 2018;13(1):57–69. (4)
- Pavajeau Hernández JJ, Suárez Angerí Y, Díaz Alay ZS, Arce Castillo VC. Caracterización sociodemográfica de los usuarios de un centro gerontológico de atención diurna del cantón La Libertad, Santa Elena. *Pro Sci.* 2019;3(24):29–35. (40)
- Pérez A, Sojo L. Diabetes mellitus tipo 2. ¿Cómo tratar la dislipemia diabética? *Clínica e Investig en Arterioscler.* 2005;17:40–51. (58)
- Piñáñez García MC, Re Domínguez ML. Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna.* 2015;2(2):63–9. (13)
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- Rico P, Rodríguez-gómez J, Albizu UC, Juan S. la Vejez: Algunas Consideraciones Relevantes y Prácticas para la Psicología en Puerto Rico. 2018;33. (1)
- Rolando BR. Propuesta de cómo trabajar y enseñar los determinantes sociales de salud desde la Medicina General Integral (Medicina Familiar). 2018; (43)

- Ruiz Mori E, Ruiz M. H, Guevara Gonzales L, Ortecho Arias H, Salazar Rojas R, Torres Mallma C, et al. Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. *Horiz Médico*. 2015;15(3):26–33. (15)
- Schuster JP, Manetti A, Aeschmann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet âgé: Données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013;11(2):181–5. (20)
- Shokouh SMH, Arab M, Emamgholipour S, Rashidian A, Montazeri A, Zaboli R. Conceptual models of social determinants of health: A narrative review. *Iran J Public Health*. 2017;46(4):435–46. (19)
- Siegel J, Coleman DL, James T. Integrating Social Determinants of Health into Graduate Medical Education: A Call for Action. *Acad Med*. 2018;93(2):159–62. (18)
- Singer L, Green M, Rowe F, Ben-Shlomo Y, Morrissey K. Social determinants of multimorbidity and multiple functional limitations among the ageing population of England, 2002–2015. *SSM - Popul Heal* [Internet]. 2019;8(March):100413. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100413> (56).
- Stylianou E. Epigenetics of chronic inflammatory diseases. *J Inflamm Res*. 2019;12:1–14.
- Thornton RLJ, Glover CM, Cené CW, Glik DC, Henderson JA, Williams DR. Evaluating strategies for reducing health disparities by addressing the social determinants of health. *Health Aff*. 2016;35(8):1416–23.
- Tungurahua PDE, El EN. “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR DE LA. 2018. (11)
- Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014;9(7):3–11. (52)
- Witter S, Zou G, Diaconu K, Senesi RGB, Idriss A, Walley J, et al. Opportunities and challenges for delivering non-communicable disease

management and services in fragile and post-conflict settings: Perceptions of policy-makers and health providers in Sierra Leone. *Confl Health*. 2020;14(1):1–14. (39)

LINKOGRAFIA

- Anderson E, Durstine JL. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sport Med Heal Sci* [Internet]. 2019;1(1):3–10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006> (54)
- BID. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interam Desarro [Internet]. 2018;96. Available from: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=3>. (/)
- Browne S, Minozzi S, Bellisario C, Sweeney MR, Susta D. Effectiveness of interventions aimed at improving dietary behaviours among people at higher risk of or with chronic non-communicable diseases: an overview of systematic reviews. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2019;73(1):9–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-018-0327-3>. (39)
- Calicchio M das G de MS, Paz KMR da, Lemos P de L, Basilio ML, Cruz GVSF, Silocchi C, et al. Cassiane Silocchi 1 José Roque Junges 2. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;13(2):669–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200669&lng=pt&tlng=pt
- Cristea A. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Rev Bras Ergon* [Internet]. 2016;9(2):10. Available from: <https://www.infodesign.org.br/infodesign/article/view/355%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/731%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/269%0Ahttp://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/106>. (16)

- Darío A, Brito E. Hipertensión arterial : cifras para definirla al comenzar 2018 Arterial Hypertension : Figures to Define it at the Onset 2018. Rev Finlay [Internet]. 2018;1-4. Available from: <file:///C:/Users/Hp/Desktop/Hipertension arterial 2018.pdf> (47)
- Dávila F. Perfil Epidemiológico En El Adulto Mayor Ecuatoriano. Talleres Gráficos Del Inec [Internet]. 2009;28. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf (14)
- González L., González A., García A., Ramírez A., De la Hoz C. Factores de riesgo de enfermedades cardiorrespiratorias. Rev Aire Libr [Internet]. 2017;5:7-22. Available from: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/RAL/article/view/1181>. (27)
- Irwin A, Scali E. Action on the Social Determinants of Health Discussion: Learning from Previous Experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1. World Heal Organ Geneva [Internet]. 2010;47. Available from: http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP1.pdf?ua=1. (33)
- Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health [Internet]. 2012;126(SUPPL.1):S4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014> (3)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

- **PROQUEST:** Daquilema S. Prevalencia de enfermedades del adulto mayor (2013). Notimex Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/869003857?accountid=36765>
- **EBSCO HOST:** Gaiad T. P, abordaje del adulto mayor de manera integral y ámbito Físico (2016). Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=12&sid=36939084-2a46->

41faba68-586e123b675%40sessionmgr111&hid=118&bdata= jmxhbmc
9zxmmc2l0zt1lag9zdc1saxzl#db=fua&an=54556815

- **BVS:** Laurenti R, Buchalla C, Mello J, Deab M. Perfil epidemiológico de la salud del hombre en la Region de las Américas: una contribución para el enfoque de género. Biblioteca Virtual en Saúde, Portal Regional da BVS. 2000.
- **PROQUEST:** Martín, A., Vicente, P., Vicente, E., Sánchez, M., Galindo, P., & Martín, M. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de la Tercera edad Revista De Psicopatología y. Psicología, Clinica,15(2),125132. Disponible en:
[http://search.proquest.com/docview/1115585637?accountid=36765.\(1\)](http://search.proquest.com/docview/1115585637?accountid=36765.(1))
- **ELSEVIER:** Pérez-Santonja T, Gómez-Paredes L, Álvarez-Montero S, Cabello-Ballesteros L, Mombiela-Muruzabal MT. Historia clínica electrónica: evolución de la relación médico-paciente en la consulta de Atención Primaria. Semergen [Internet]. 2017;43(3):175–81. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.022>
- **SPRINGER:** Ponce, M., Lezaeta, C., Lorca, M. (2013), Vol. 4 Issue 3, p121-139. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile Journal. Journal of Population Ageing, disponible en:
<http://link.springer.com/article/10.1007/s12062-011-9443-7>
- **EBOOK CENTRAL:** Varela Pinedo L. Principio de Geriatria y Gerontología [Internet]. Peru: Centro Editorial UPCH; 2018. Available from:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/reader.action?docID=3160837&p67pg=1>

ANEXOS

Anexo 1

Carta de permisos del Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos SOLCA-
Núcleo de Quito.

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER SOLCA- Núcleo de Quito Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Aprobación MSP, Oficio N° MSP-VGVS-2017-00006-O, Encero 5, 2017	
---	---

Oficio N°109-2019 CEISH
Quito, 22 de julio de 2019

Doctora
Alicia Zavala C.
INVESTIGADOR PRINCIPAL
Ciudad

De mi consideración:

A través del presente, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos SOLCA – Núcleo de Quito le informa que su trabajo de investigación **“DETERMINACIÓN DE CAMBIOS PRECOCES EN FUNCIONES MENTALES SUPERIORES EN LA TERCERA EDAD”**, en sesión extraordinaria del 18 de julio de 2019, se resolvió aprobar su trabajo, con las correcciones realizadas.

La presente certificación tiene una duración de un año transcurrido, el cual se deberá solicitar una extensión conforme lo estipula el Reglamento del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) SOLCA – Quito vigente. En toda correspondencia con el CEISH favor referirse al siguiente código de aprobación: CEISHSOLCAQ.OBS.19.100.

El investigador es responsable de la veracidad y autoría del estudio, además de emitir reportes de avance del mismo y al final una copia de la publicación del o los artículos científicos derivados de esta investigación.

Atentamente,


Dr. Henry Caballero N.
Presidente Encargado del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
SOLCA – Núcleo de Quito



PD. El autor (es) reconocerá a CLUBES DE TERCERA EDAD Y MIES Cantón Ambato, como la fuente que facilitó los datos para la presente investigación. Además, al finalizar, el o los autores deberán entregar una copia de los artículos derivados de su investigación, o su tesis, y en caso de requerir la presentación en SOLCA QUITO, se le notificará.

Elaborado por Ing. Evelyn Uribe G.
SECRETARÍA DEL CEISH SOLCA NUCLEO DE QUITO

**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER
SOLCA NUCLEO DE QUITO**
**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
(CEISH) SOLCA – Quito**
Aprobación MSP. Oficio N° MSPVGS-2017-00006. Enero, 5, 2017



Oficio 110 2019 CEISH
Quito, 22 de julio de 2019


Señor
Rector
Universidad Técnica de Ambato
Ciudad

De mi consideración:

Por la presente, pongo en su conocimiento que, previo análisis en reunión extraordinaria del Comité, se aprobó la realización del trabajo de investigación titulado **"DETERMINACIÓN DE CAMBIOS PRECOSES EN FUNCIONES MENTALES SUPERIORES EN LA TERCERA EDAD"**, a la Dra. Alicia Zavala Calahorrano.

Para su ejecución solicito cordialmente se facilite para la realización del mismo, comprometiéndose la investigadora una vez terminada la investigación presentar un original y hacer su respectiva presentación en las actividades científicas en su prestigiosa Institución.

Atentamente,


Dr. Henry Caballero N.
**PRESIDENTE DEL CEISH
SOLCA, NUCLEO DE QUITO**



Con copia Dra. Alicia Zavala C.

*Elaborado por: Ing. Evelyn Uribe G.
Secretaria del CEISH*