



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TÍTULO:

“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. UNA
APROXIMACIÓN AL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR.
CAYAMBE 2017”

DIRECTORA:

Lic. Rosa del Pilar López Ruales. MSc.

AUTORA:

María Melania Criollo Capelo

IBARRA - ECUADOR

2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de tutor del trabajo de grado presentado por la Doctora María Melania Criollo Capelo para optar por el grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación privada y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 03 días del mes de abril de 2018

Lo certifico



(Firma).....

Lic. Rosa López Ruales MSc.

C.I.: 100156921-7

DIRECTORA

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: POSTGRADO - UTN
Fecha: Ibarra, 03 de abril de 2018

María Melania Criollo Capelo “Percepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Una aproximación al Centro Gerontológico del Buen Vivir. Cayambe 2017”, / TRABAJO DE GRADO. MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTOR: Lic. Rosa López Ruales MSc. El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su calidad de vida en el Centro Gerontológico de Cayambe. Entre los objetivos específicos tenemos Evaluar la función física y de salud general del adulto mayor residente del Centro Gerontológico de Cayambe. Describir la función social, emocional y la salud mental del adulto mayor residente del Centro Gerontológico de Cayambe. Definir la percepción que tiene el adulto mayor sobre el cambio en su estado de salud. Proponer un plan de intervención estratégica para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Fecha: Ibarra, 03 de abril de 2018

(Firma).....


Lic. Rosa López Ruales MSc.

Directora

(Firma).....


María Melania Criollo Capelo

Autora

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres: Froilán Criollo y Pastora Capelo, que son la razón de mi existencia, quienes infundieron en mi valores y principios, que generaron la energía para enfrentar cualquier reto, a mis hijos Jorge Molina y Anita Carolina Molina que son mi timón en el diario vivir, a mi esposo Jorge Molina y a toda mi familia por estar siempre prestos ayudarme.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a en primer lugar a Dios, a mis padres por haberme dado la existencia, a mis hijos y esposo quienes me incentivaron a seguir adelante y compartieron mis sacrificios en el transcurso de esta maestría.

Mi agradecimiento más sentido a la Universidad Técnica del Norte, a los docentes del Instituto de Posgrado que transmitieron sus conocimientos y me dieron las herramientas necesarias para poder culminar este proyecto; de manera muy especial quiero expresar mi agradecimiento a la Magister Rosita López R. Directora de mi trabajo de tesis, quien, con mucho conocimiento, experticia condujo la realización de este trabajo.

A los residentes del Centro Gerontológico de Cayambe, que tienen ganas de ser escuchados, valorados y aún tienen mucho que enseñar, entre cuentos, historias me permitieron comprender, valorar y respetar esta etapa de la vida... por la que todos tenemos que pasar... si estamos acompañados será mejor.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----|
| APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS | ii |
| REGISTRO BIBLIOGRÁFICO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | ix |
| RESUMEN..... | x |
| ABSTRACT..... | xi |
| INTRODUCCIÓN | xii |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| EL PROBLEMA | 1 |
| 1.1. Antecedentes..... | 1 |
| 1.2. Planteamiento del Problema. | 5 |
| 1.3. Formulación del problema..... | 9 |
| 1.4. Justificación de la investigación. | 9 |
| 1.5. Objetivos de la investigación..... | 11 |
| 1.5.1. Objetivo general | 11 |
| 1.5.2. Objetivos específicos. | 11 |
| 1.6. Preguntas directrices..... | 12 |
| CAPÍTULO II | 13 |
| MARCO TEÓRICO | 13 |
| 2. 1. Adulto Mayor | 13 |
| 2.1.1. Teoría del Envejecimiento. | 14 |
| 2.1.2. Características del Envejecimiento | 17 |
| 2.1.3. Clasificación de la Población Adulta Mayor. | 18 |
| 2.1.4. Cambios en el Envejecimiento..... | 20 |
| 2.1.5. Adulto Mayor en el Contexto Social..... | 27 |
| 2.1.6. Calidad de Vida..... | 28 |
| 2.2. Centros Gerontológicos..... | 37 |

| | |
|---|----|
| 2.2.1. Modelo de Gestión de los Centros Gerontológicos. | 38 |
| 2.3. Marco ético legal. | 43 |
| 2.3.1. Marco Internacional de los Derechos Humanos de las Personas Mayores | 43 |
| 2.3.2. Los Derechos de las Personas Mayores | 44 |
| 2.3.3. Marco Jurídico Constitucional del Ecuador. | 46 |
| 2.4. Marco Ético para la Investigación | 47 |
| CAPÍTULO III | 51 |
| MARCO METODOLÓGICO | 51 |
| 3.1. Descripción del Área de Estudio. | 51 |
| 3.2. Tipo de Investigación | 52 |
| 3.3. Métodos de Investigación. | 52 |
| 3.4. Población y Muestras..... | 52 |
| 3.5. Diseño Metodológico. | 53 |
| 3.6. Procedimiento..... | 53 |
| 3.7. Técnicas e Instrumentos de Investigación | 53 |
| 3.8. Resultados Esperados | 57 |
| 3.8.1. En lo Económico-Social: | 57 |
| 3.8.2. En lo Cultural: | 58 |
| 3.8.3. En lo Ambiental: | 58 |
| 3.8.4. En lo Científico: | 58 |
| CAPÍTULO IV | 59 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS | 59 |
| CAPÍTULO V | 73 |
| PROPUESTA | 73 |
| 5.1. Implantación de un Plan de Mejora de la Calidad..... | 73 |
| 5.1.1. Introducción | 73 |
| 5.1.2. Justificación..... | 74 |
| 5.1.3. Objetivo..... | 75 |
| 5.2. Plan de Mejora..... | 75 |
| 5.2.1 Matriz de Programación. | 81 |
| CAPÍTULO VI..... | 85 |

| | |
|--|-----|
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 85 |
| 6.1. Conclusiones | 85 |
| 6.2. Recomendaciones | 87 |
| BIBLIOGRAFÍA | 88 |
| ANEXOS | 95 |
| Anexo 1. Glosario de Términos | 95 |
| Anexo 2. Solicitud dirigida al Tutor del Trabajo de Titulación | 97 |
| Anexo 3. Solicitud para realización la Investigación | 98 |
| Anexo 4. Aceptación de la Institución | 99 |
| Anexo 5. Instrumento de Recopilación de Información..... | 100 |
| Anexo 6. Consentimiento Informado | 106 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Teorías del Envejecimiento..... | 15 |
| Tabla 2. Dimensiones e indicadores de calidad de vida..... | 34 |
| Tabla 3. Consenso internacional sobre los aspectos esenciales de la calidad de vida..... | 36 |
| Tabla 4. Características Principales del Cuestionario de Salud SF 36..... | 55 |
| Tabla 5. Significado de los Resultados del Cuestionario SF36 | 56 |
| Tabla 6. Evaluaciones Medias del Cuestionario SF36..... | 57 |
| Tabla 7. Población de acuerdo a características socio demográficas..... | 59 |
| Tabla 8. Años de residencia en el Centro Gerontológico..... | 61 |
| Tabla 9. Principales Patologías de los Adultos Mayores | 62 |
| Tabla 10. Percepción de la condición de la función física..... | 63 |
| Tabla 11. Percepción sobre el dolor..... | 64 |
| Tabla 12. Percepción del rol físico..... | 65 |
| Tabla 13. Percepción de la Salud General | 66 |
| Tabla 14. Percepción de la Función Social | 67 |
| Tabla 15. Percepción sobre la Vitalidad | 68 |
| Tabla 16. Percepción sobre la condición de la Salud Mental | 69 |
| Tabla 17. Percepción sobre Rol Emocional | 70 |
| Tabla 18. Percepción sobre la transición del Estado de Salud..... | 71 |

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. UNA APROXIMACIÓN AL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR. CAYAMBE 2017.

AUTOR: María Melania Criollo Capelo

CORREO: criollomela@gmail.com

RESUMEN

Calidad de vida del adulto mayor constituye un aspecto fundamental para el abordaje del envejecimiento, para aspirar no sólo a vivir más años, sino mantener con éstos el bienestar físico, psicológico, y social del adulto mayor. Este estudio tuvo como objetivo determinar la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su calidad de vida, en el Centro Gerontológico de la ciudad de Cayambe. Se realizó una investigación, descriptiva, transversal, no experimental, el abordaje fue cuantitativo, se midió variables socio demográficas, condición de salud, y se detalló las principales características del sujeto de estudio, (edad, etnia, nivel de escolaridad, años de permanencia en el Centros, así como, las principales patologías) utilizando como instrumento el cuestionario de calidad de vida y salud SF36, (Health Survey), por ser considerada una herramienta a nivel mundial muy útil para este propósito. La población la constituyeron 33 adultos mayores residentes en un centro geriátrico público. Entre los principales resultados se obtuvo que la mayoría de residentes son mujeres, se encuentran entre los 65 y 100 años de edad, el grupo de más predominio fue el de 75 a 86 años. Casi todos tienen problemas de salud, entre los más frecuentes están: problemas cardiovasculares, músculo esquelético. Sobre su calidad de vida perciben que se encuentra deteriorada, la función física alcanzó un promedio de 33.78, la salud en general un promedio de 49,69, la salud mental 61.63, que son valores notablemente inferiores a los alcanzados en los estudios realizados en México y España. Se concluye que las condiciones vida de los adultos mayores que residen en el Centro Gerontológico de Cayambe, está muy deteriorada, por lo que se recomienda incorporar actividades de promoción de salud, prevención y cambios en el estilo de vida saludable e incorporar de ser posible a la familia en las actividades del cuidado, para garantizar la calidad de vida del adulto mayor como es su derecho.

Palabras Claves: Calidad de Vida, Salud, Adulto Mayor.

PERCEPTION OF THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY ADULT. AN APPROXIMATION TO THE GERONTOLOGICAL CENTER OF GOOD LIVING. CAYAMBE 2017.

AUTHOR: María Melania Criollo Capelo

MAIL: criollomela@gmail.com

ABSTRACT

Quality of life of the elderly is a fundamental aspect to the approach of ageing, to aspire not only to live longer years, but to maintain with this the physical, psychological, and social wellbeing of the elderly. This study aimed to determine the perception of the older adult regarding their quality of life, in the gerontological center of the city of Cayambe. We conducted an investigation, descriptive, transversal, non-experimental, the approach was quantitative, measured socio-demographic variables, health condition, and detailed the main characteristics of the subject of study (age, ethnicity, level of schooling, years of permanence in the centers, as well as the main pathologies) using the quality of life and health Questionnaire SF36 (health Survey) as an instrument, For being considered a tool at a global level very useful for this purpose. The population was constituted by 33 elderly adults living in a public geriatric center. Among the main results were obtained that the majority of residents are women, they are between 65 and 100 years of age, the group of more prevalence was that of 75 to 86 years. Almost all have health problems, among the most frequent are: cardiovascular problems, skeletal muscle. On their quality of life perceive that it is deteriorated, the physical function reached an average of 33.78, the overall health an average of 49.69, the mental health 61.63, which are values notably inferior to those reached in the studies carried out in Mexico and Spain. It is concluded that the living conditions of older adults who reside in the Gerontological Center of Cayambe, is very deteriorated, so it is recommended to incorporate health promotion activities, prevention and changes in the healthy lifestyle and incorporate Be possible to the family in the care activities, to guarantee the quality of life of the older adult as is his right.

Keywords: Quality of life, health, elderly

INTRODUCCIÓN

Calidad de vida del adulto mayor constituye un aspecto fundamental para el abordaje del envejecimiento poblacional actual, para aspirar no sólo a vivir más años, sino mantener con éstos el bienestar físico, psicológico, y social del adulto mayor. La realidad sobre el envejecimiento es un hecho presente a nivel mundial, en países desarrollados, y en vías de desarrollo se producirán en los próximos decenios un aumento en la población de edad avanzada. Las proyecciones para el año 2050 afirman que, de cada cinco personas, una será un adulto mayor y a finales de la década el grupo total será de alrededor de mil millones de personas (OPS, 2012). En nuestro país la pirámide poblacional se invierte, datos de proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) menciona que la población mayor de 60 años en el Ecuador será en el año 2020 de 129.210 individuos (INEC, 2010).

El envejecimiento físico es un proceso con una gran variabilidad individual y por tanto, no se debe esperar encontrar en los adultos mayores las mismas características. La calidad de vida es definida como la percepción que tiene una persona sobre las condiciones de vida, con parámetros subjetivos, objetivo que puede relacionar con la satisfacción de las necesidades básicas que está asociada con la personalidad de cada individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva.

El paradigma de calidad de vida es primordial en los servicios sociales, el objetivo de los centros gerontológicos es mejorar la calidad de vida a través de la restitución de los derechos de las personas adultas mayores, por medio de una atención integral, que implemente acciones tendientes a fortalecer el goce de su bienestar físico, social y mental, regida por las normas técnicas del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). El estudio se realizó en el Centro Gerontológico del Buen Vivir de la Ciudad de Cayambe, el cual dispone de las instalaciones necesarias para albergar a 33 adultos mayores, cuenta con servicios de medicina gerontológica, psicología, fisioterapia, trabajo social y servicios de cuidado directo.

En el presente documento en forma secuencial se aborda la temática que permitió la identificación, desarrollo y conclusión del estudio, así como, una propuesta de mejora continua. En el capítulo I, aborda el marco teórico, iniciando con la presentación detallada del contexto en el que se desarrolló la investigación, para luego en forma clara y objetiva presentar la teoría que sustenta el estudio. El capítulo II, detalla la metodología utilizada que condujo el desarrollo de este estudio, la dinámica de la recopilación de la información tal vez fue la más enriquecedora y larga, por la condición de los adultos mayores que tienen ganas de conversar, compartir sus vivencias y sentirse parte de un proceso. El capítulo III presenta en forma detallada los resultados de la investigación, comparando con estudios similares a nivel nacional e internacional que permitan una mejor apreciación de los resultados, estos fueron los que permitieron plantear un plan de mejoras en base a las oportunidades y debilidades de la institución. En el capítulo IV, se presentan las conclusiones y recomendaciones realizadas en base a los objetivos propuestos, los resultados y las oportunidades que tiene el Centro Gerontológico del Buen Vivir Cayambe.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

Entendiendo que la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (OMS, 2014).

Sánchez Padilla y otros (2014) estudiaron la calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto en la Habana Cuba, para evaluar la relación entre la calidad de vida psíquica y el funcionamiento físico, estudiaron 190 adultos mayores con edad promedio de 76 años que aceptaron participar en la investigación, emplearon cinco cuestionarios para explorar la calidad de vida física y psíquica, realizaron un análisis factorial exploratorio a partir de dimensiones físicas y psíquicas, y de variables que resumían las escalas en los instrumentos. Se comparó el comportamiento en hombres y mujeres. Entre los principales resultados encontraron que: La evaluación geriátrica fue menos favorable en las mujeres. Concluyen que los resultados sugieren que los ancianos pueden obtener puntajes altos en la esfera psíquica de la calidad de vida, pese a los puntajes bajos en la esfera física, debido a las enfermedades. Se sustenta así, la necesidad de elaborar estrategias que contribuyan a reforzar los aspectos de la vida psico-afectiva de los adultos mayores. (Sánchez Padilla, González Pérez, Gonzalez, & Bacallao Gallestey, 2014).

Poblete-Valderrama y otros (2015) realizaron el estudio sobre; Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos, abordando al adulto mayor en el contexto de la importancia del autoreporte de la percepción de la calidad de vida e indicadores

psicológicos como depresión y deterioro cognitivo, evaluaron a 30 adultos mayores que realizan ejercicio físico tres veces por semana, durante un año. Se intentó relacionar las variables de depresión y deterioro cognitivo con la percepción de la calidad de vida; utilizaron test de escala de depresión geriátrica Yesavage, Minimal y Calidad de vida SF-36. Los resultados exponen que un 16,6% presenta depresión establecida y un 26,7% de depresión leve, un 56,7% está en categoría normal. El deterioro cognitivo un 86,7% presenta déficit leve y un 13,3% normal. El promedio en dimensión de calidad de vida es de 71,21 que se clasifica como óptima. El ejercicio físico sistemático es importante en el mantenimiento de los parámetros de Deterioro Cognitivo, Depresión y autopercepción de la calidad de vida a pesar del proceso de envejecimiento. (Poblete-Valderrama, Matus Castillo, & Díaz Sandoval, 2015).

Martínez Brito y otros (2015) realizaron un estudio sobre “Calidad de vida del adulto mayor” destacando que el estudio de la calidad de vida constituye un aspecto fundamental para el abordaje del envejecimiento poblacional actual, ya que se debe aspirar no sólo a vivir más años, sino mantener con éstos el bienestar físico, psicológico, y social del adulto mayor, su estudio tuvo como objetivo: Caracterizar el comportamiento de la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al consultorio médico de familia número 9 del consejo popular Jaruco, provincia Mayabeque, su estudio fue descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, en el periodo de septiembre del 2013 a marzo del 2014. La muestra estuvo constituida por 76 ancianos, de ambos sexos, en edades comprendidas entre 60 y 80 años. Se aplicó la Escala MGH Calidad de Vida. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba X² y la décima de comparación múltiple de Duncan, entre sus resultados demostraron que la calidad de vida estuvo más afectada en los adultos mayores del sexo masculino, con edades entre 70-74 años, sin pareja, con nivel escolar primario y aquellos no reinsertados laboralmente. Concluyen que los ancianos perciben deterioro significativo de su calidad de vida, de acuerdo a los resultados de la escala utilizada (MGH calidad de vida) esta sitúa la evaluación entre los niveles medio y bajo (Martínez Brito, Camarero Forteza, González Rodríguez, & Lillevid, 2015).

Herrera y Martínez (2017) en su estudio sobre Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor resaltan que el incremento de la población longeva impone un reto al sistema de salud: identificar factores que contribuyan a incrementar la calidad de vida de este grupo atareo. Se plantearon como objetivos: mostrar los resultados de una estrategia de intervención para mejorar los niveles de calidad de vida, en adultos mayores, se basaron en una investigación con diseño prospectivo longitudinal y métodos cualitativos y de investigación acción en una muestra de 20 adultos mayores de un universo de 36 que asistieron al Taller de Transformación Integral, en Alamar, Municipio Habana del Este, de septiembre 2009 a enero del 2010, los resultados encontrados fueron: se elevaron los niveles de calidad de vida en la mayoría de los adultos mayores estudiados, así como cambios importantes y favorables en los estilos de vida así como en la autoestima. Concluyen que se mostró la eficacia del programa de intervención y su factibilidad. (Herrera Santí, Martínez García, & Navarrete Ribalta, 2017).

Robles, Saavedra y otros que realizaron el estudio sobre Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana que tuvo como objetivo adaptar el Índice de Calidad de Vida (ICV), versión española de Mezzich y colaboradores, para estimar su confiabilidad y validez, obtener normas para la población de Lima y analizar las puntuaciones según variables demográficas, utilizaron como métodos: El índice de Calidad de Vida fue administrado como parte del cuestionario de salud mental del estudio epidemiológico de salud mental. El ICV evalúa la satisfacción en diez áreas con una escala de 10 puntos. Se analizaron los datos normativos de la muestra, la consistencia interna, la validez de constructo y las puntuaciones según variables demográficas, grado de instrucción y nivel de pobreza, sus resultados muestran que la media del ICV fue $7,63 \pm 1,33$. El instrumento tiene una elevada consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,87). El análisis factorial identificó cuatro factores. El ANOVA (El análisis de la varianza permite contrastar la hipótesis nula de que las medias de K poblaciones) muestra que las puntuaciones promedio varían significativamente de acuerdo a las variables demográficas, nivel de instrucción y nivel de pobreza. Conclusión: El ICV es un instrumento válido y confiable que puede ser utilizado para estimar la calidad de vida de la población adulta de Lima Metropolitana y cuyos

resultados varían según las características demográficas, el nivel educativo y el nivel de pobreza de esta población (Robles, Saavedra, Mezzic, Sanez, & Padilla, 2010).

Los artículos consultados, reflejan la importancia de realizar investigaciones sobre la calidad de vida de los adultos mayores, ya que es una población en aumento, y los sistemas de salud deben trabajar en políticas y estrategias para garantizar el buen vivir de este grupo poblacional, se citan artículos que proponen estrategias que mejoren la calidad de vida. Uno de los objetivos planteados en este estudio es justamente, desarrollar un plan de intervención que contribuya a que el Centro del Buen Vivir del Adulto Mayor en Cayambe mejore la calidad de vida de sus usuarios, se resalta también el estudio de Robles y otros sobre la validación de instrumentos para medir la condición del adulto mayor, en el Ecuador tanto el Ministerio de Salud Pública como el Ministerio de Inclusión Económica y Social al ser los rectores de la salud y la inclusión social, han creado una serie de instrumentos para la valoración de los adultos mayores, que servirán como referencia el presente estudio.

1.2. Planteamiento del Problema.

El fenómeno mundial de la transición demográfica provocado por el aumento de la esperanza de vida, el incremento paulatino del número de personas de la tercera edad y la disminución de la fuerza productiva por la reducción de los nacimientos, ha determinado que aparezca en los últimos decenios un nuevo problema para la salud pública mundial en lo que concierne a los servicios de un número cada vez mayor de personas mayores. Entre las políticas públicas del país, se resalta la Calidad de Vida de las ecuatorianas y ecuatorianos, como indica en el eje 1 del Plan Nacional del Buen Vivir.

“El ser humano es sujeto de derechos, sin discriminación. El Estado debe estar en condiciones de asumir las tres obligaciones básicas: respetar, proteger y realizar los derechos, especialmente de los grupos de atención prioritaria” el Objetivo 1 que expresa “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”. dentro de la cual se toma en cuenta las políticas 1.1, 1.5, 1.11 (Consejo Nacional de Planificación, 2017).

De igual forma se cita el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que en su objetivo estratégico 4.4.8 señala:

*Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de la salud, una actuación coordinada y potenciadora para el desarrollo integral de los territorios, **el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de salud de la población**. El enfoque intersectorial contribuye a la consecución de indicadores de impacto social. (MSP, 2012).*

La realidad sobre el envejecimiento es un hecho real que se presenta a nivel de todo el mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo se producirá en los próximos decenios un aumento en la población de edad avanzada. Los estudios reportan que la población de más de 60 años es el segmento demográfico que más

rápidamente está creciendo (Varela, 2015). Las proyecciones para el año 2050 refieren que, de cada cinco personas, una, será un adulto mayor y a finales de la década el grupo será de alrededor de mil millones de personas (OPS, 2012).

Como se describe este componente de la población adquiere mayor importancia y se hace necesario un análisis concienzudo de lo que podemos hacer desde la visión de los servicios de salud para ofertar una calidad de vida óptima que dignifique su estadía, visualizar el cumplimiento de las políticas públicas basadas en la defensa de los derechos y en el reconocimiento al valor de la población adulta mayor, desde la mirada o percepción de los usuarios. El envejecimiento poblacional es un hecho mundial, el mismo que incluye transformaciones sociales, políticas y culturales. La vejez es un constructo social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, el género y las normas socioculturales, lo que la hace diversa y afecta la calidad de vida. (OMS, 2012).

La población vieja en los países latinos como Brasil para el 2050 será de 49 millones, para el 2025, la población en estos países aumentará en un 12% de la población total del mundo (Varela, 2015). En países como el nuestro la pirámide poblacional se invierte, es decir la base se está estrechando debido a la disminución de los niños y la punta se ensancha en la población adulta mayor (OMS, 2012). Según los datos de proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la población mayor de 60 años en el Ecuador será en el año 2020 de 1.290.210 individuos (INEC, 2014)

El concepto de calidad de vida ha evolucionado durante los últimos 50 años en el marco de la economía y salud, en la atención a los ancianos, el concepto de calidad de vida, abarca elementos subjetivos y objetivos como las necesidades materiales básicas y necesidades psicosociales, además de considerar los componentes de salud y bienestar general. (Martínez I. , 2003).

Países como España está encontrándose con problemas tales como la falta de recursos para poder brindarles una pensión digna al momento de retirarse, consecuentemente,

varios viven en la pobreza o tienen que trabajar para poder sobrevivir. A esto debe sumarse que los problemas emocionales que afrontan, tales como la soledad y la tristeza, se presentan usualmente debido al mundo mecanizado y tecnológico en el que, en realidad, sirve únicamente la productividad y el trabajo.

En el caso del Ecuador, los adultos mayores se ubican dentro de los grupos vulnerables. Las estadísticas, en este caso, no son precisamente halagadoras ni positivas en términos de seguridad emocional y satisfacción de sus necesidades elementales. Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en Ecuador, para el año 2020 serán del 7,4% de adultos mayores; para el año 2054 se prevé que este grupo representen el 18% de la población. La esperanza de vida para las mujeres será mayor con 83,5 años y para los hombres 77,6 años. (MIES, 2014), estableciéndose una serie de problemáticas como aquellas que tienen que ver con su estado anímico y satisfacción, en el que un 18% dice “no estar con un buen estado anímico” y un 46% asegura vivir preocupado porque “algo malo le va a suceder” (Telégrafo, 2011). Además, tres de cada diez adultos mayores consideran sentirse desamparados y un 38% piensa que su vida está vacía. En estas circunstancias, no es extraño que la adultez mayor vaya poco a poco estableciéndose como una problemática psico-familiar, en la que se debe empezar a pensar en transformaciones drásticas en el ámbito de la familia, la sociedad y el mismo Estado. (Durán, 2012).

De acuerdo a la información censal del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son en su mayoría deficitarias, estimándose que el 57,4%, que corresponde a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza. (INEC, 2011). Una de las estrategias propuestas por el actual régimen es la creación y mantenimiento de las Centros del Gerontológicos, que lastimosamente no cubre al 100% de la población, pero si a una gran parte de ellos que se encuentran en condición de abandono.

La Constitución 2008 de la República de Ecuador, reconoce a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria. Este reconocimiento implica una

responsabilidad adicional de cuidado a estas personas (MIES, 2012), así como la posibilidad de exigencia de ejercicio de sus derechos, de ahí que se hace necesario conocer cuál es la percepción que tienen sobre su calidad de vida y como el Estado directamente responsable de la población, da respuesta a esta situación, a través de tres ejes: ***Inclusión y participación social***, considerando a las personas adultas mayores como actores del desarrollo social; ***Protección social***, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social; ***Atención y cuidado***, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, privados y públicos (MIES, 2014), que es la que para el presente estudio se tomará en cuenta.

Los centros gerontológicos residenciales, son servicios de acogida para la atención y cuidado ofrecidos a personas adultas mayores de 65 años o más que requieren de protección especial en forma temporal o definitiva, que no pueden ser atendidos por sus familiares; personas adultas mayores que carezcan de un lugar donde residir de forma permanente, que se encuentran en situación de abandono, falta de referentes familiares, pobreza y pobreza extrema, en condiciones de alto riesgo y que manifiesten su voluntad de ingresar (MIES, 2014). De acuerdo a lo que se señala en la Norma Técnica de Atención Al Adulto Mayor, El objetivo de los centros gerontológicos residenciales es. “Mejorar la calidad de vida” entendida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (OMS, 2014). Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno a través del reconocimiento de los derechos de las personas adultas mayores, por medio de una atención integral, que implemente acciones tendientes a fortalecer el goce de su bienestar físico, social y mental.

Lo descrito anteriormente supone grandes cambios en las relaciones sociales, laborales y económicas de las personas, además los perfiles epidemiológicos de las naciones se verán modificados, lo que incluirá que las prestaciones de salud reviertan sus miradas

al componente poblacional de envejecimiento. Esto a su vez supone que ésta población requiera de estándares de calidad de vida que deben ser proporcionados por la sociedad en general, pero particularmente por las instituciones responsables de sus cuidados.

1.3. Formulación del problema.

¿Cómo percibe su calidad de vida el adulto mayor que reside en el Centro Gerontológico de Cayambe?

1.4. Justificación de la investigación.

La presente investigación se plantea como un instrumento que visibilice las condiciones en las que los adultos mayores viven y pretende indagar su opinión respecto a la satisfacción de sus necesidades básicas y conocer las demandas que éste grupo social poblacional posee; es tal vez uno de los grupos más propensos a sufrir diversos cambios de forma natural, cambios físicos, psicológicos y factores sociales que los rodean tales como el no tener un rol definido en la sociedad ya que dependen más de las personas, familia o externos, de allí el interés de poder establecer la percepción que tienen sobre su calidad de vida.

Al ser un grupo vulnerable es de suma importancia incursionar en el conocimiento profundo de sus pensamientos y sentimientos con la finalidad de guiar a los servicios especializados en su atención para procurar días mejores que dignifiquen la existencia de un grupo tan importante dentro de la sociedad. El presente trabajo pretende, tomar en cuenta la percepción de los residentes del centro gerontológico, que permitirá tener una idea integral de su condición de salud y vida, para que en lo posterior sirva como referencia en la planificación de acciones para cada residente del centro gerontológico; dando cumplimiento a su derecho de tener calidad de vida, que es el objetivo planteado para la creación de estos centros.

Esta por más indicar que el tema ha surgido como una inquietud personal pues el trabajo que diariamente realizo con los adultos mayores me compromete para luchar por conseguir mejores condiciones de vida de los mismos.

Los resultados de la investigación beneficiaran de forma directa a los adultos mayores residentes del Centro Gerontológico de Cayambe, al demostrar los niveles de satisfacción que experimentan, pero además será una herramienta de análisis y toma de decisiones para las autoridades, pues contarán con un elemento científico que respalde su acción diaria. El documento además pretende ser un instrumento de réplica en otros centros de atención al anciano con la finalidad de evaluar su situación y mejorar sus condiciones de vida.

1.5. Objetivos de la investigación.

1.5.1. Objetivo general

Determinar la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su calidad de vida en el Centro Gerontológico de Cayambe.

1.5.2. Objetivos específicos.

- Evaluar la función física y de salud general del adulto mayor residente del Centro Gerontológico de Cayambe
- Describir la función social, emocional y la salud mental del adulto mayor residente del Centro Gerontológico de Cayambe
- Definir la percepción que tiene el adulto mayor sobre el cambio en su estado de salud.
- Proponer un plan de intervención estratégica para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

1.6. Preguntas directrices.

- ¿Cuál es la percepción que el adulto mayor tiene sobre su calidad de vida?
- ¿Qué nivel de función física y de salud general tiene el adulto mayor que reside en el Centro Gerontológico de Cayambe?
- ¿Cuál es la función social, emocional y la salud mental que tiene el adulto mayor residente del Centro Gerontológico de Cayambe?
- ¿Qué percepción tiene el adulto mayor sobre el cambio en su estado de salud?
- ¿El plan de intervención estratégica contribuirá a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Cayambe?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. 1. Adulto Mayor

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial inevitable a la vez que predecible. Cambiará la sociedad en muchos aspectos de un modo complejo, y dará lugar a retos y oportunidades; si se logra que la población tenga una vida más sana y más larga, las oportunidades para la sociedad serán mayores y el costo será menor, el envejecimiento de la población puede considerarse como una consecuencia directa del desarrollo socioeconómico (Louro Bernal, Bayarre, & Lauzarique, 2015). Aunque la experiencia de cada país es distinta, pueden apreciarse algunos patrones comunes, en la mayoría de los países las tasas de mortalidad infantil, la tasa de natalidad ha disminuido, así como, se han mejorado las condiciones de salud y el acceso a los servicios de salud, ha traído como consecuencia, un nuevo panorama en la demografía de los países. Si bien el envejecimiento plantea retos a la sociedad, también crea numerosas oportunidades. El envejecimiento de la población pone a prueba a la sociedad, al aumentar la demanda de atención primaria de salud y de atención para casos agudos, sobrecargar los sistemas de pensiones y de seguridad social, y generar una mayor necesidad de atención de larga duración y asistencia social. (OMS, 2012), el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, mientras la población general crece un 1.7% anual, la población de adultos mayores crece un 2.5% (León-Arcila , Milián-Suazo , & Camacho-Calderón , 2009)

El término “envejecimiento” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años. Sin embargo, el comienzo y la percepción de la vejez tienen que ver no sólo con la evolución cronológica sino también con fenómenos de naturaleza bio-psíquica y social. Según la OMS, en países desarrollados se considera adulto mayor a aquella persona que tiene 65 años a más, y en los subdesarrollados, de 60 años a más.

En Ecuador la Ley de Anciano considera una persona adulta mayor a partir de los 65 años. Los censos poblacionales de Ecuador nos indican que el crecimiento de la población de la edad adulta está en incremento llevándose a pensar que la pirámide poblacional esta por invertirse como sucede en países europeos. Cada vez hay menos jóvenes y más ancianos.

2.1.1. Teoría del Envejecimiento.

A finales del siglo XIX y durante el siglo XX se han propuesto un gran número de teorías para explicar de forma científica el envejecimiento. Por naturaleza multicausal, resulta improbable que una única teoría pueda dar explicación de manera global al envejecimiento. Se puede tomar en cuenta 2 puntos importantes sobre este proceso:

- El envejecimiento compromete un número de genes diferentes, se han llegado a señalar hasta 100 genes implicados en la evolución de la longevidad. También hay mutaciones múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento.
- El envejecimiento ocurre en todos los niveles: molecular, celular y de órganos.

El envejecimiento físico es un proceso con una gran variabilidad individual y, por tanto, no se debe esperar encontrar en los mayores las mismas características en todos. Además, el envejecimiento no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos nuestros órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo y, por consiguiente, en una misma persona, no aparecerán todas estas características de forma conjunta. (Rodríguez & Valdivieso, 2008).

La OMS en el (2008) establece que “el envejecimiento se asocia con pérdida de habilidades, demencia y depresión, muchas personas creen que la vejez es una pendiente hacia abajo”. Los pensamientos acerca de la vejez son pesimistas, y ello redundará en actitudes negativas que obstaculizan un envejecimiento sano.

En la tabla 1 se muestra un resumen de las Teorías del Envejecimiento que existen hasta la presente fecha:

Tabla 1. Teorías del Envejecimiento

| TEORÍAS | - DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| Teorías basadas en la evolución: | |
| Acumulación de Mutaciones | Postula que la fuerza de la selección natural disminuye al finalizar la edad reproductiva, de manera que las características propias de la vejez no son seleccionadas. |
| Soma destruido o del desgaste | Esta teoría indica que cada organismo tiene una cantidad de energía y materia disponible para reproducirse y mantener su organismo, de manera que el envejecimiento sería el resultado del gasto de energía y materia durante la reproducción y mantenimiento somático. |
| Antagonismo Pleiotrópico | Ciertos genes son beneficiosos para las etapas pre reproductiva y reproductiva, es decir en el organismo joven, pero tienen efectos secundarios dañinos en las etapas pos reproductivas. Si bien es similar a la anterior no afirman lo mismo, en la primera los genes no son seleccionados porque se expresan luego de la etapa reproductiva, en esta los genes son seleccionados positivamente porque son benéficos para la reproducción y supervivencia en los jóvenes, pero sus efectos nocivos son perjudiciales en etapas más tardías. (Andreu G & Delgado Hernández , 2003) |
| Teorías Moleculares: | |
| Regulación Genética | Indica que el envejecimiento se produce debido a daños provocados al azar en el ADN del núcleo celular y que afectan a la célula |
| Restricción de codones | La información genética que contiene ADN debe ser transcrita a una copia de ARN mensajero (ARNm) el cual lleva el mensaje para la síntesis de una proteína concreta. El mensaje del ARNm debe ser traducido por los ribosomas del citoplasma para que la proteína sea sintetizada. El mensaje en el ARNm viene codificado por los codones, que son la sucesión de tres bases que contienen información para la inserción de un determinado aminoácido para la tésis de una proteína. Basado en este principio Strehler en 1971 propuso la teoría que señala que la finalidad de la traducción del |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | mensaje contenido en el ARNm se encuentra alterada en el envejecimiento |
| Error- Catástrofe | Asegura que se van produciendo errores en los mecanismos de síntesis de proteínas y esto causa la senectud celular. |
| Mutaciones Somáticas | Afirma que son los daños producidos en el ADN de las mitocondrias (orgánulos de las células responsables del aporte de energía a ésta), los causantes del envejecimiento. |
| Desdiferenciación Terminal | El envejecimiento celular se debe a modificaciones de la expresión genética que comportan una diferenciación terminal de las células. Hace hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética. |
| Entrecruzamientos moleculares | Esta teoría plantea que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, aumenta con la edad como efecto de la acción de radicales libres formados en los procesos metabólicos normales |
| Teorías Celulares. | |
| Acortamiento de telómeros | En 1970 se estableció el concepto de reloj biológico, afirmando que el envejecimiento es un mecanismo programado, de tal manera que las células tendrían un tiempo máximo de supervivencia codificado en el ADN, así como un número de mitosis predeterminadas dependiendo de la estirpe celular a la que pertenezcan. |
| Acción de radicales libres | Esta teoría fue propuesta por Denham Harman (1956), postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a los tejidos por reacciones de radicales libres. Estos además, están implicados en enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer, enfermedades autoinmunes (O- Nohl , 1993) |
| - Apoptosis-necrosis | Hay dos formas por las cuales las células mueren la necrosis que es un proceso consecuencia de una acción accidental, sobre la célula y se acompaña, generalmente de inflamación en los tejidos afectados, como consecuencia de estas lesiones, la cromatina se condensa en masas de heterocromatina, las células se dilatan y mueren. Y la apoptosis, el proceso de muerte de la célula es dirigido por genes específicos que inducen el suicidio celular en respuesta a un estímulo interno y externo generalmente en ausencia de una lesión externa, teoría de Lockshin 1990 |

| Teorías Sistémicas | |
|-----------------------|---|
| Teoría neuroendocrina | Propone que la disminución de las neuronas del sistema neuroendocrino y las hormonas que ellas producen (vasopresina) son las causas centrales del proceso del envejecimiento |
| Teoría inmunológica | Esta teoría genética del envejecimiento propone que el genoma nuclear, actuando como un “reloj molecular” o “reloj celular”, es el responsable de programar los cambios que se irán presentando en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida, desde la concepción hasta el envejecimiento, pasando por la madurez sexual (Flodin, 1984). Un aspecto importante son los cambios en la respuesta inmune con la edad, como lo es la disminución de las células T y de la estrategia de defensa basada en ellas, debido a la disminución en las poblaciones de estas células (Makinodan & Kay, 1980). |

Fuente: (Damosco Crespo, 2006, pág. 20)

2.1.2. Características del Envejecimiento

El envejecimiento humano, con algunas variaciones en algunos casos, se caracteriza por presentar rasgos inherentes y bien definidos en todos los seres vivos, señala Paladines 2012 entre ellas:

- **Universal:** Propio de todos los seres vivos afecta a la mayoría de estos (excepción: células cancerosas, que conservan la capacidad de dividirse; células germinales: y algunos protozoos, algas unicelulares y bacterias).
- **Continuo e Irreversible:** A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse desde que comienza, no se detiene sino hasta la muerte. Es teóricamente irreversible, aunque trabajos recientes de restricción calórica han logrado disminuir la velocidad de envejecimiento en animales de experimentación.

- **Heterogéneo e Individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona. A medida que las personas envejecen, se van haciendo cada vez más diferentes unas de otras. Moreno indica “aunque hay ciertos patrones de envejecimiento propios de cada especie, el proceso ocurre en forma no homogénea entre los distintos individuos de la misma especie y aun dentro de los distintos aparatos de un mismo individuo (Moreno, 2016).
- **Deletéreo:** Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- **Intrínseco:** determinado al menos parcialmente por factores genéticos. Se sabe también que los factores externos juegan un papel muy importante en su modulación. Dentro de los factores no genéticos, el estilo de vida y los hábitos (alimentación, tabaquismo, ejercicio, trabajo, ambiente, etc.) son muy importantes, así como el desarrollo de enfermedades crónicas que aceleran el envejecimiento (como la Diabetes Mellitus, por ejemplo). (Landinez Parra, Contreras, & Castro Villamil, 2012).

2.1.3. Clasificación de la Población Adulta Mayor.

La población mayor de 65 años es diversa, no es homogénea en absoluto. Personas con edades similares, presentan características de salud totalmente diferentes, consecuentemente hay que diferenciar los distintos perfiles de personas mayores. La atención a un grupo de población amplio, heterogéneo y continuamente cambiante, la necesidad de ajuste de la actuación de la Atención Primaria (tiempo reducido por consulta, alta presión asistencial, demora “cero”,etc.) y la orientación hacia la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores y a su propia autopercepción de salud y expectativas, lleva a proponer una clasificación de los

ancianos según la dependencia, entendida ésta como una variable decreciente continua en la cual es posible el cambio tanto en el sentido de la pérdida (vulnerabilidad, fragilidad) como en el de la mejora (intervenciones orientadas al mantenimiento de la funcionalidad y autonomía, la propuesta de clasificación sugerida por Espinosa (2005) es la siguiente:

- **Persona mayor autónoma:** Incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. Se estima que pueden constituir entre el 64 y el 75% de los mayores de 65 años (Espejo , Martínez de la Iglesia, & Aranda JM), y en estudios realizados en nuestra comunidad se encuentra un elevado nivel de autonomía hasta en el 85.7% de los mayores de 60 años. La intervención fundamental en este grupo deberá ser la preventiva (De Alba , Baena, De Hoyos , & Gorroñoigoitia, 2003).
- **Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia:** Este concepto indica situación de riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica. Esta situación vendrá determinada por la presencia de al menos 1 de los siguientes criterios:
 - a) Criterios demográficos: tener más de 80 años.
 - b) Criterios clínicos: presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poli articular, artrosis, artritis, secuelas de fracturas, enfermedad neurológica degenerativa, demencia, enfermedad de Parkinson, etc. cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia circulatoria de miembros inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial —visión y/o audición—, depresión...);
 - c) Criterios sociales: vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización,

aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación...

- d) Criterios sanitarios: ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses), polimediación (4 o más fármacos). Se estima que pueden representar en torno al 15% de los mayores de 65 años de la comunidad. Constituiría el grupo a quien dirigir la herramienta fundamental de la Valoración Integral (Amo & Rodríguez , 2003), plasmada en un plan de cuidados individualizado orientado a la funcionalidad, y reevaluable, y en el que cualquier ganancia en autonomía deberá considerarse una gran ganancia en salud individual, familiar y social.
- **Persona mayor dependiente:** Se refiere a la situación de dependencia pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional. Las predicciones estiman que constituirían entre un 5-10% de los mayores de 65 años (Alvarez, 2004), pudiendo llegar en nuestra comunidad hasta el 11% según algunos estudios (Pérula de Torres, Martínez de la Iglesia, Espejo, & Rubio, 1997). Este grupo sería objeto de los programas de atención domiciliaria e inmovilizada y las intervenciones están orientadas a la rehabilitación y la prevención de complicaciones, así como a la atención familiar (en especial a la cuidadora) y la continuidad asistencial hasta el fallecimiento del paciente.

2.1.4. Cambios en el Envejecimiento.

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos los cuales pueden afectar al individuo de forma escasa o en gran manera, se produce el envejecimiento de sus capacidades físicas y sus limitaciones asociadas. Dentro de los cambios más significativos a nivel sensorial en los adultos mayores son los derivados de la visión y de la audición, y el deterioro

muscular; influyendo en su normal movilización. En el proceso de envejecimiento se dan cambios específicos que afectan la funcionalidad del adulto mayor.

2.1.4.1. Sistemas sensoriales:

- **Visión:** Disminuye el tamaño de la pupila. Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana. Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores. Las personas con déficit visual tienen dos veces más dificultades para realizar actividades cotidianas que las que tienen una adecuada agudeza visual. La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas adultas mayores, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación de la persona con su entorno lo que lleva a una desconexión con el medio y poca participación en eventos sociales, como también la dificultad para poder movilizarse o trasladarse de un lugar a otro, lo que genera la pérdida de su autonomía.
- **Audición:** Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

2.1.4.2. Musculo Esquelético

- **Articulaciones:** Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constantes (la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provoca el "encogimiento" típico de la ancianidad). Proceso acelerado por lesiones y obesidad. Las enfermedades óseas, son muy

predominantes en la población adulta mayor y muy cruel debido a su naturaleza degenerativa. La artritis reumatoide o artritis deformante, en la tercera edad donde se logra ver su potencial deformativo e incapacitante, por característica y por la pérdida de movimiento llega a provocar mucho dolor. Afecta principalmente a las mujeres en relación 2/1.

- **Músculos:** Pierden masa y fortaleza. Proceso acelerado por la falta de ejercicio y desnutrición. Luego de los 50 años se produce una disminución constante de las fibras musculares, que finalmente llegan al típico aspecto de enflaquecimiento de las personas muy adultas, por lo cual se quejan por falta de fuerza y cansancio. Aún pueden ser activos, pero a un ritmo más lento. La disminución de la densidad ósea hará más frágiles sus huesos (osteopenia/osteoporosis) por lo que pueden fracturarse más rápidamente; todo lo cual hace más vulnerable al tejido músculo-esquelético, sobre todo cuando se trata de esfuerzos físicos, produciéndose limitación funcional y caídas. Disminuye el equilibrio, existe una disminución en la velocidad de reacción y en la velocidad de conducción de las fibras nerviosas. Por lo cual, los adultos mayores al tener un tropiezo caen de forma instantánea, sin ninguna reacción para evitarlo.

2.1.4.3. Sistema reproductivo.

- **Femenino:** Disminución progresiva de oocitos, el ovario se fibrosa y se atrofia, lo que disminuye la producción de estrógeno y e involucionan el tejido mamario.
- **Masculino:** La próstata aumenta el estroma fibro-muscular y comprime la uretra. La vejiga responde con hipertrofia de la musculatura de la pared.

2.1.4.4. Sistema Cardiovascular.

La función cardíaca en reposo en ancianos sanos no sufre grandes cambios, evaluada como la función sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección y/o fracción de acortamiento), volumen diastólico final o volumen sistólico final (Wilson et al., 2010).

- **Corazón:** El corazón tiene un sistema de marcapasos natural que controla el latido cardíaco. Algunas de las rutas de este sistema pueden desarrollar tejido fibroso y depósitos de grasa. El marcapasos natural (nódulo sinoauricular) pierde algunas de sus células. Estos cambios pueden ocasionar una frecuencia cardíaca ligeramente más lenta.

Es común que se presente un leve incremento del tamaño del corazón, especialmente en el ventrículo izquierdo. Asimismo, la pared cardíaca se hace más gruesa, de modo que la cantidad de sangre en la cavidad puede de hecho disminuir a pesar del aumento del tamaño general del corazón. El corazón puede llenarse más lentamente.

- **Vasos sanguíneos:** Unos receptores denominados barorreceptores controlan la presión arterial y realizan cambios para ayudar a mantenerla más o menos constante cuando la persona cambia de posición o hace otras actividades. Los barorreceptores se vuelven menos sensibles con el envejecimiento. Esto puede explicar por qué muchas personas mayores tienen hipotensión ortostática, una afección en la cual la presión arterial baja cuando una persona va desde la posición de acostado o sentado a estar de pie. Esto causa mareo debido a que hay menos flujo de sangre al cerebro.

Las paredes de los capilares se engruesan ligeramente. Esto puede ocasionar una tasa de intercambio de nutrientes y desechos un poco más lenta. La arteria principal del corazón (aorta) se vuelve más gruesa, más rígida y menos flexible. Esto probablemente está relacionado con los cambios en el tejido conectivo de la pared del vaso sanguíneo.

Esto hace que la presión arterial sea más alta y que el corazón se esfuerce más, lo que puede llevar al engrosamiento del miocardio (hipertrofia). Las otras arterias también se hacen más gruesas y rígidas. En general, la mayoría de las personas mayores tienen un aumento moderado de la presión arterial.

2.1.4.5 Sistema Digestivo

Muchos de los cambios que se encuentran en este sistema durante el envejecimiento, en especial los del tubo digestivo, no suelen tener un efecto real, ya que se compensan entre ellos. En el caso del resto de los componentes del sistema, como el hígado y el páncreas, suelen existir cambios que no representan una significancia clínica. (Gutiérrez, 2012).

- **Cambios Moleculares** En este aspecto destacan los cambios no propiamente del tracto digestivo, sino de la flora intestinal, que es de gran importancia para un correcto funcionamiento de este órgano. En un estudio en un grupo de ancianos se analizó el material genético de la flora intestinal, encontrándose un cambio significativo en la misma, hacia un grupo de bacterias que producen mayor inflamación.
- **Cambios Funcionales** Existe una disminución en el pH gástrico, disminución de la motilidad intestinal; estos dos cambios se compensan entre sí en el sentido que la absorción no cambia. El hígado presenta disminución de algunas reacciones, lo que hace que se deba tener más cuidado en el manejo de los medicamentos cuyo metabolismo sea hepático.

2.1.4.6. Cambios en la piel

El proceso de envejecimiento cutáneo es más rápido que en otros órganos debido a la exposición a factores externos; sin embargo, existen tres razones por las cuales la piel envejece: (Arango Lopera & Pérez, 2012)

- envejecimiento endógeno: relacionado con la edad y con los cambios hormonales;
- foto envejecimiento, o asociado a los factores externos; por ejemplo, la exposición solar y el tabaco y
- envejecimiento expresivo.
- **Cambios moleculares.** - Incremento del RNA mensajero que se traduce en más daño del colágeno. Daño del DNA por acumulación de radicales libres.

- **Cambios estructurales**
 - Hipertrofia epidérmica.
 - Daño de las fibras colágenas y de la elastina.
 - Infiltración linfocitaria.
 - Disminución de los fibroblastos.
 - Disminución del flujo sanguíneo.
 - Pérdida de la grasa subcutánea.
 - Engrosamiento ungueal.

- **Cambios funcionales**
 - Aparición de arrugas.
 - Xerosis y prurito.
 - Máculas hiperpigmentadas.
 - Adelgazamiento cutáneo y fragilidad.
 - Encanecimientos.
 - Disminución de la producción de sudación.
 - Uñas duras y en ocasiones deformes.
 - Disminución y encanecimientos del vello corporal.

2.1.4.7. Cambios Psicológicos.

En lo que se refiere al envejecimiento psicológico, lo más relevante son es el deterioro en la pérdida de memoria, la cual frecuentemente está asociada con la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, no son exclusivos de dicho trastorno ya que los cambios normales que se dan en la vejez tienen que ver con el funcionamiento cognitivo, así como los cambios afectivos y de personalidad los cuales también deben ser considerados y esperados; cuando se incrementa el sentido de pérdida, en todas las dimensiones de la vida, todo aquello que se siente se ha dejado de tener, lo cual puede ser real o subjetivo, pero es importante y significativo para el individuo.

2.1.4.8. Cambios en la concepción y modelo de la familia.

Pautas familiares que eran comunes hasta hace poco han cambiado de forma notable: relaciones padres-hijos, relaciones de noviazgo y entre pareja, cambios legislativos introducidos, progresivo abandono del Derecho natural como fundamento del concepto de familia, etc. Existe una mayor desestructuración familiar, con la evidente repercusión en la atención a la persona mayor, o la de ésta hacia hijos y nietos. (Gómez Redondo, 2014). El mayor envejecimiento influye también, como una de las causas, conlleva determinadas consecuencias, entre las que se citan éstas: por una parte, un creciente protagonismo familiar de la persona mayor no dependiente, pues llega a una mayor edad en mejores condiciones psicobiológicas.

2.1.4.9. Cambios de Roles

Sociales, las personas de la tercera edad cambian sus roles, las personas de su entorno les restan responsabilidades y funciones, así como, la iniciativa para la toma de decisiones, por otra parte, la economía es subsidiada por la familia, por lo que esta sigue siendo el apoyo central y la base para las relaciones sociales, lo que estimula la búsqueda de grupos iguales en diferentes ámbitos, como la iglesia, comunidad etc.

En el rol individual, los cambios se manifiestan en tres dimensiones: el anciano como individuo, a) cambia su percepción de la muerte, ahora es vista como liberación, b) como integrante de un grupo familiar ahora convive más con los nietos e hijos, y como persona capaz de afrontar las pérdidas con sentimiento de soledad y tensión emocional. Actualmente la sociedad está cambiando el esquema de anciano – inactivo a anciano-experiencia que compartir, con la finalidad de mantenerlo interesado y participando en actividades propias de una comunidad.

2.1.4.10. Situación Económica.

Las consecuencias económicas se encuentran íntimamente ligadas a las sociales, y a la inversa. Por esta razón las trataremos con mayor brevedad, haciendo hincapié en las que nos parecen más relevantes. El envejecimiento conlleva un crecimiento del gasto público en el sistema de protección social. Esta idea, expuesta ahora globalmente, se desglosa en los siguientes apartados en los sectores en que cobra especial importancia: sanidad, pensiones y servicios sociales.

2.1.5. Adulto Mayor en el Contexto Social.

Los cambios sociales que sufren los adultos mayores de hoy, las sociedades industrializadas hablan de rol sin rol, es decir, el adulto mayor ocupa una posición social, pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna, se le libera de un trabajo obligatorio, pero pierde poder social, económico y laboral. En esta etapa de la vida, el desempeño de roles establecidos como esposo, padre, trabajador se cambia por abuelo, viudo, jubilado, etc., y la familia como apoyo informal o las instituciones como apoyo formal, se convierten en el único sustento y satisfactor de las necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del adulto mayor. Es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social.

Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él y a nivel familiar, que es el lugar

donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizá muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio deterioro. (Perez, 2004).

2.1.6. Calidad de Vida

La calidad de vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, estas condiciones en parámetros subjetivos son: bienestar, felicidad y realización personal; y en el parámetro objetivo se puede relacionar la satisfacción de las necesidades básicas y de las necesidades creadas por el grado de desarrollo económico y social de determinada sociedad como la alimentación, acceso al agua potable, habitación, trabajo, educación, salud y ocio, entre los indicadores más importantes de bienestar subjetivo se encuentran las medidas de felicidad y satisfacción con la vida en general o con los distintos dominios que la conforman. (Gómez Redondo, 2014), se puede decir entonces que la calidad de vida es un expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del adulto mayor, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.

La UNESCO utiliza el término Calidad de Vida refiriéndose de forma integral a las necesidades humanas, entendiéndose como un concepto que surge una vez que las necesidades básicas están satisfechas. Eso añade un punto de complejidad a la cuestión porque es un concepto que evoluciona a la vez que lo hacen las nuevas necesidades del ser humano. (Rubio, 2015)

La calidad de vida del adulto mayor empieza a definirse en el seno familiar, es la familia el primer nivel de relación de toda persona, por lo tanto, al hablar de calidad de vida, obliga traer a discusión a este grupo familiar. Donde se inicia todo el proceso la persona en la etapa adulta mayor. La sociedad ha ido catalogando a este adulto

mayor como el grupo de la tercera edad, los años dorados, edad avanzada, e incluso etapa final de la vida. Esta multiplicidad de definiciones sólo nos lleva a pensar, que es una forma de disfrazar innecesariamente la realidad que vive este grupo etario, la evolución del hombre es prioritariamente influida por la evolución sociocultural de las sociedades humanas. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

A nivel individual el adulto mayor, puede ver afectada su salud biológica, deteriorando su salud física, tiene que entenderse que la enfermedad es una alteración del equilibrio físico, mental y social acaecido a cualquier edad de la persona, con mayor tendencia y factores de riesgo, pero no exclusivos del adulto mayor, en realidad la gran mayoría de los problemas de salud que afectan a los adultos son el producto de causas modificables y que son propias del estilo habitual de nuestra sociedad. Si se interviene sobre estas causas, tendríamos un envejecimiento de mejor calidad y podríamos esperar una población que envejezca sanamente. (Gómez & Sabeh, 2001).

La calidad de vida es el concepto clave de hoy en día para la persona adulta mayor y su atención en los servicios de salud y la Organización Mundial de la Salud OMS la define como estado de completo bienestar, físico, mental y social (Lehr, 2004). El grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, a través de la satisfacción de sus necesidades fundamentales, comprendidas estas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y un momento histórico determinado. El equilibrio entre los satisfactores deseados y los realmente obtenidos, muestra el grado de satisfacción de cada componente de necesidad involucrado en el concepto operativo de calidad de vida, los satisfactores están culturalmente determinados, varían en función de las normas y valores que imperen en un sistema socio espacial dado y un tiempo determinado. (Cartier, 2002).

La calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que el adulto mayor logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá

como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor (Krzemien , 2004).

La calidad de vida tiene un carácter multidimensional, ya que contempla por un lado los factores personales como salud, autonomía y satisfacción y por otro lado un carácter socio - ambiental como lo son los servicios sociales y las redes de apoyo (Warburton, Hung, & Shardlow, 2013). La calidad de vida implica también factores subjetivos y factores objetivos, dentro de los aspectos objetivos se pueden destacar los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares y en el ámbito subjetivo tenemos aspectos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros (León , Rojas, & Campos , 2015).

2.1.6.1. Significado de la calidad de vida en la vejez

En muchos países se han realizado numerosas aportaciones dominio-específicas a la investigación sobre Calidad de Vida, concretamente desde las ciencias de la salud, ya sea en relación con la asistencia o utilización de servicios, en aplicaciones a grupos o patologías específicas, en las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía o en la validación de instrumentos de medida. Desde las Ciencias Sociales son también destacables los acercamientos temáticos, aunque suelen adoptarse enfoques multidimensionales, incluyendo junto a la salud otros aspectos como satisfacción con la vida, entorno residencial, redes sociales, recursos económicos, espacio percibido, procesos psicológicos en la evaluación, sistemas de indicadores sociales, etc.

Los aspectos más relevantes, y validados por varios autores, llegaron a la conclusión que, en los adultos mayores se mide calidad de vida (CDV), necesariamente se tiene que abordar el tema de salud, situación emocional y las redes familiares- sociales.

2.1.6.2. Dimensiones de la Calidad de Vida

Verdugo, plantea que la calidad de vida es un concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social. Conlleva un movimiento de avance e innovación en prácticas y servicios, generando resultados que se traducen en la vida cotidiana de las personas con discapacidad, de los centros y servicios y de la sociedad. (Schalock & Verdugo, 2002)

Según este autor el nuevo paradigma de calidad de vida es primordial en los servicios sociales, ya que subraya la participación de la persona en la planificación de actividades, programas, etc., El nuevo modelo de calidad se fundamenta en las dimensiones de calidad de vida desarrolladas por Schalock y Verdugo (Schalock & Verdugo, 2002) que son:

- a. Dimensión de Bienestar emocional:** que tiene en cuenta los sentimientos como la satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad–incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión.
- b. Dimensión de relaciones personales:** a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes.
- c. Dimensión de Bienestar material:** que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria.

- d. Dimensión de Desarrollo personal:** que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social, la participación en la elaboración del propio programa.

- e. Dimensión de Bienestar físico:** desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas si las necesita.

- f. Dimensión de autodeterminación:** que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia.

- g. Dimensión de Inclusión social:** valorando si se da rechazo y discriminación por parte de los demás, se puede valorar a partir de saber si sus amigos muchos o pocos, si utiliza entornos de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social.

- h. Dimensión de la Defensa los derechos:** que contempla el derecho a la Intimidad, el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno. Es importante indagar sobre el grado de conocimiento y disfrute de los derechos propios de ciudadanía.

La calidad de vida está relacionada en una instancia por la realización personal, y familiar de las personas, y por otro lado con la calidad de servicios a los que tiene

acceso, (salud, recreación); es por ello necesario, conceptualizar a los centros gerontológicos, y a partir de ello entender si estos centros cumplen con la expectativa de los adultos mayores.

2.1.6.3. Instrumentos de medición de Calidad de Vida.

El concepto de calidad de vida ha sido evaluado mediante diferentes instrumentos de medida, en general cuestionarios, con diferentes propósitos desde hace varias décadas, pero su evaluación en medicina, tanto en la salud como la enfermedad, en adultos y en niños ha alcanzado su desarrollo en los últimos 10 años como demostraría una búsqueda bibliográfica en cualquiera de las bases de datos. Existen bastantes instrumentos creados para medir la calidad de vida, todos basados en cuestionarios que responden los propios individuos (Calvo , 2017).

Todos los estudios desarrollos en las tres últimas décadas han permitido que el concepto de calidad de vida haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional, La concreción de las dimensiones que componen la calidad de vida de las personas ha supuesto una parte importante de la investigación de los años 90.

Con la información obtenida construyeron unas tablas resumen para cada área, en las que se organizaban jerárquicamente las dimensiones e indicadores con mayor presencia, y una tabla final en la que se resumían todas las anteriores, consistente en las ocho dimensiones del modelo inicial.

Tabla 2. Dimensiones e indicadores de calidad de vida

| Dimensiones | Indicadores |
|--------------------------------------|---|
| 1. Bienestar Físico | Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio. |
| 2. Bienestar emocional | Satisfacción, auto concepto, ausencia de estrés |
| 3. Relaciones Interpersonales | Interacciones, relaciones y apoyos |
| 4. Inclusión Social | Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales. |
| 5. Desarrollo Personal | Educación, competencia personal, desempeño |
| 6. Bienestar Material | Estatus económico, empleo, vivienda |
| 7. Autoderminación | Autonomía, metas/valores personales, elecciones. |
| 8. Derechos | Derechos humanos, derechos legales. |

Fuente: (Schalock & Verdugo, 2002)

El significado del término calidad de vida desde un punto de vista semántico supone un nivel de excelencia en los aspectos esenciales de la existencia humana. Históricamente se ha tomado la valoración de la satisfacción personal con aspectos de la propia vida como una medida de la calidad de vida (Schalock & Verdugo, 2002). Sin embargo, el concepto a lo largo de las últimas décadas, los investigadores coinciden en señalar que además es necesario comprender y valorar los factores contextuales, especialmente cuando se define la discapacidad, la deficiencia física o el envejecimiento como ajustes problemáticos entre la persona y su entorno (Schalock, 2000). La medición de la calidad de vida no es una tarea sencilla, puesto que se habla de un concepto difícil de definir también lo es de evaluar. No obstante, el interés creciente por comprender el concepto también ha multiplicado los esfuerzos por evaluar la calidad de vida.

La vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales, como la habilidad para cuidar de uno mismo, la situación financiera, tener una pensión, las relaciones sociales familia y amigos, la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos, la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y oportunidades culturales.

Otras investigaciones indican, en cambio, que la percepción de calidad de vida en personas adultas mayores y pacientes con enfermedad crónica sin hospitalizar, no está estrechamente asociada con indicadores objetivos como las características sociodemográficas y el uso de servicios de cuidado de salud. Más bien son indicadores subjetivos percepción de pacientes sobre su salud, memoria, deterioro intelectual, funcionamiento físico y asuntos financieros los que correlacionan independientemente con la calidad de vida global.

Se han desarrollado varias maneras de evaluar calidad de vida, en personas adultas mayores, entre las más utilizadas se registran:

Evaluación Biopsicosocial. - La evaluación psicológica en la vejez no sigue los principios generales del proceso de evaluación, sino que tiene peculiaridades y características propias que deben tenerse en cuenta a la hora de plantearse una evaluación válida y fiable.

Técnicas de Evaluación en la vejez. - Entre los distintos procedimientos de recogida de datos, se ha optado por el desarrollo de una escala de observación estructural. Tradicionalmente, como en este caso, la mayor parte de ellas han sido construidas específicamente para ambientes institucionales y son aplicadas por personal del centro tras un determinado periodo de contacto con la persona. Sus ventajas son muchas:

- No requieren cooperación de la persona evaluada, con lo que se evitan sesgos, como los relacionados con la persona mayor evaluada y de la situación de evaluación.
- Al ser complementada por personal en contacto directo con la persona, supone un gran ahorro de tiempo a los profesionales;
- Proporciona información sobre la efectividad de las intervenciones.

Sesgos en el proceso de evaluación. - Aunque es cierto que con esta técnica se elude los problemas relacionados a los sesgos procedentes de la persona mayor evaluada y de la situación de evaluación, aún existe el riesgo de algunos sesgos procedentes del evaluador. Esto permitió que se establezcan algunos parámetros que son utilizados a nivel Internacional para evaluar calidad de vida.

Tabla 3. Consenso internacional sobre los aspectos esenciales de la calidad de vida

| |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La calidad de vida se compone de los mismos indicadores y relaciones que son importantes para todas las personas. 2. La calidad de vida se experimenta cuando las necesidades de una persona se ven satisfechas y cuando se tiene la oportunidad de mejorar en las áreas vitales más importantes. 3. La calidad de vida tiene componentes subjetivos y objetivos, pero es fundamentalmente la percepción del individuo la que refleja la calidad de vida que experimenta. 4. La calidad de vida se basa en las necesidades, las elecciones y el control individual. 5. La calidad de vida es un constructo multidimensional influido por factores personales y ambientales, tales como las relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, el vecindario, la ciudad o lugar de residencia, la vivienda. |
|---|

Fuente: (Verdugo Alonso, Gómez Sánchez, Arias Martínez, & Santamaría Domínguez, 2013)

Uno de los instrumentos diseñados para la evaluación de calidad de vida y uno de los más utilizados a nivel mundial es el cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a

principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS) (Ware JE Jr, 1992). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general, que fue el que se utilizó en esta investigación.

2.2. Centros Gerontológicos.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social desde hace varios años cuenta con este tipo de servicios, sin embargo mediante la implementación del Proyecto de Inversión “Infraestructura Gerontológica” se definió y planteó la necesidad de construir Centros Gerontológicos nuevos y la intervención para mejorar y readecuar aquellos centros antiguos con capacidad de atención, dando un total de 13 Centros Gerontológicos de atención directa a nivel nacional, con una cobertura aproximada de 1.350 personas. (MIES, 2013).

Son servicios de acogida para la atención y cuidado ofrecidos a personas adultas mayores de 65 años o más que requieren de protección especial en forma temporal o definitiva, que no pueden ser atendidos por sus familiares; personas adultas mayores que carezcan de un lugar donde residir de forma permanente, que se encuentran en situación de abandono, falta de referentes familiares, pobreza y pobreza extrema, en condiciones de alto riesgo y que manifiesten su voluntad de ingresar (MIES , 2014).

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales define residencias para personas mayores como "*centros que ofrecen asistencia integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por sus condiciones sociales, económicas, sanitarias o familiares, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan estos servicios* (Waterhouse Coopers., 2010).

El objetivo de los centros gerontológicos es mejorar la calidad de vida a través de la restitución de los derechos de las personas adultas mayores, por medio de una atención integral, que implemente acciones tendientes a fortalecer el goce de su bienestar físico, social y mental, entendiéndose por calidad de vida la percepción que un individuo tiene

de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (OMS, 1996).

Como estrategia y en respuesta a la evidente necesidad y demanda de servicios por parte de la población adulta mayor en especial aquella en condiciones de pobreza y pobreza extrema, el MIES ha suscrito un total de 164 convenios por un monto aproximado de USD 5 millones, para brindar atención a cerca de 14.000 adultos mayores, través de 119 Centros diurnos, 25 en modalidad de residencia y 20 con ambas modalidades. La mayor parte de estos convenios (51%), son con Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), promoviendo adicionalmente la responsabilidad y competencia que sobre el sector social tienen los gobiernos autónomos.

Con el fin de asegurar estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios de atención y cuidado a las personas adultas mayores, el MIES, como ente rector, estableció, a través de Acuerdos Ministeriales (Nro. 00162 – Centros Residenciales y Nro. 00156 – Centros Diurnos) (MIES, 2013), las normas técnicas bajo las cuales deben operar los centros gerontológicos de todo el país, en las diversas modalidades de atención, en los aspectos como infraestructura, modelo de gestión, personal, alimentación, mobiliario y equipamiento, seguridad, riesgos, entre otros:

2.2.1. Modelo de Gestión de los Centros Gerontológicos.

Tomado de la Norma Técnica población Adulta Mayor (MIES, 2013), que manifiesta que el modelo de gestión se basa en:

- Se fundamenta en un enfoque integral que combina Derechos Humanos y Ciclo de Vida para toda la población adulta mayor, proponiendo, a su vez, la

implementación de sistemas de cuidado para personas adulta mayor que ya no pueden ser autónomas.

- Plantea la readecuación del concepto de inclusión social a la dinámica del cambio demográfico y a la realidad personal de los adultos mayores. Define a la modalidad de residencia como de “última instancia” para personas adultas mayores con abandono comprobado, sin referentes familiares y para aquellas en situación de pobreza extrema.
- Promueve el ejercicio de una ciudadanía activa y la incorporación masiva de las personas adultas mayores a iniciativas de participación social. Propone opciones creativas de empleo para personas mayores calificadas integrándoles como instructores/capacitadores remunerados por el Servicio Ecuatoriano de Capacitación (SECAP) para desarrollar actividades recreativas, socio-educacionales y productivas.
- Esta opción propone un cambio conceptual del subsidio “jubilación universal no contributiva” impulsado por el MIES en el marco de una nueva visión de la protección social y la generación de ahorro social hacia el concepto de “cohesión social” y sentido de pertenencia expresada en la construcción de un piso de protección social básico.
- Se propone crear una red de voluntariado selectivo, conformado por jóvenes estudiantes universitarios y profesionales para que acompañen al adulto mayor en el control y seguimiento de sus iniciativas de creación de empleo, pequeños emprendimientos o actividades remuneradas.
- En coordinación con la instancia correspondiente, se facilitarán espacios de información y participación comunitaria, donde tendrá prioridad la inclusión de personas adultas mayores en extrema pobreza a servicios especializados brindados por el Estado.

Entre los requisitos que los Centros Gerontológicos deben tener esta:

El diseño arquitectónico y su construcción deben contar con exigencias básicas, entre las que se destacan la seguridad estructural, la seguridad en caso de incendio, la seguridad de utilización, la higiene, salud y protección del medio ambiente, la calidad del aire interior, el suministro de agua, la protección frente al ruido y el ahorro energético, accesibilidad e igualdad de oportunidades y no discriminación. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) indica en la Norma Técnica que las características físicas de un Centro Gerontológico deben ser: (MIES, 2014).

Estándar 34: Características físicas del servicio de espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro con personas adultas mayores, serán ambientes propicios para las actividades recreativas, de integración e interacción, libres de barreras arquitectónicas que consideren las siguientes características:

- Espacios ventilados, pisos que permitan la movilidad.
- Deben contar con iluminación y ventilación natural.
- Deben estar ubicados en la planta baja.
- Contar con baterías sanitarias con agarraderas.

Los materiales de equipamiento tendrán un buen nivel de calidad y estarán adaptados a las características y necesidades de los usuarios. El mobiliario y la decoración seguirán criterios de funcionalidad, bienestar, seguridad y accesibilidad.

Servicios: En todas las residencias deberán garantizar, al menos, los siguientes servicios:

- Alojamiento, cuidados personales y alimentación.
- Atención social y psicológica:
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Integración y participación.

- Comunicación con los familiares.
- Asistencia médica y cuidados sanitarios.
- Asistencia farmacéutica.
- Atención geriátrica y rehabilitadora.
- **Otros servicios:**
- Peluquería.
- Podología.

Programas. El Ministerio de Inclusión Económica y Social fundamenta la política pública para la población adulta mayor en un enfoque de derechos que considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable. La protección social que asegura la prevención o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social; así como, la protección integral a esta población, para ello los centros deben garantizar:

- Atención y cuidado a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, de administración directa o gestionada por convenios de cooperación, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida, a través de la restitución de los derechos de las personas adultas mayores, por medio de una atención integral, que implementa acciones tendientes a fortalecer el goce de su bienestar físico, social y mental.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES); en la norma técnica promulgada en el 2014, establece ciertos estándares de calidad que los Centros Residenciales deben observar, se citan los más importantes:

- **Estándar N.-1** Integración familiar y comunitaria. Junto con actividades que fomentan el afecto, los cuidadores especializados, la participación proactiva de la familia, la colaboración en programas sociales, culturales, en actividades de mantenimiento de las unidades de atención como formas y mecanismos que procuran la corresponsabilidad familiar, comunitaria y contribuyen a disminuir

el abandono de las personas adultas mayores. El fomento de la responsabilidad de inclusión también corresponde a los operadores integrantes del centro, para crear un entorno afectivo compensatorio para los adultos mayores en esta etapa de la vida.

- **Estándar 10:** Promoción y práctica del auto cuidado. - Las unidades de atención desarrollarán acciones con los adultos mayores promoviendo prácticas de cuidado, cuidado mutuo, familia y la comunidad.
- **Estándar 11:** Orientaciones para la prevención del deterioro cognitivo y físico.
- Las unidades de atención deberán incluir en todas sus acciones diarias actividades que impidan el deterioro físico y cognitivo, fomentan la autonomía de las personas adultas mayores, para lo cual implementarán planes e instrumentos.

Características del talento humano para centros gerontológicos residenciales:

El equipo de talento humano de los centros gerontológicos residenciales y diurnos estará constituido por las siguientes personas:

- Un coordinador con título de tercer nivel en áreas de administración, áreas sociales de salud o afines, con experiencia mínima de 3 años en administración o trabajo con personas adultas. Será el responsable de la gestión del centro: planificar y coordinar las actividades del servicio y articular acciones con las familias, la comunidad y los centros gerontológicos en su área de cobertura.
- Personal. - Un cuidador/a con experiencia en la atención de personas adultas mayores con certificado de auxiliar de enfermería, por cada 10 personas adultas mayores autónomas y 4 dependientes, que cumplirán turnos rotativos de 8 horas cada uno en los horarios residencial y vespertino; y en horario nocturno un

cuidador por cada 12 personas. 1 profesional médico con dedicación mínima de 3 horas semanales por cada 10 usuarios. Un psicólogo por cada 30 usuarios, que cumpla un mínimo de 20 horas de labor semanal. Una terapeuta ocupacional por cada 30 usuarios/as, que cumpla con 20 horas de labor semanal. Un terapeuta físico por cada 30 usuarios que cumplirá un mínimo de 20 horas de labor semanal. Un trabajador social por cada 30 usuarios, con un mínimo de 20 horas de labor semanal. Un facilitador para actividades manuales, artísticas, etc.

- Personal de Apoyo: Un auxiliar de limpieza del centro a tiempo completo, por cada 15 adultos mayores. Un cocinero y un auxiliar de cocina, por cada 30 adultos/as mayores. Un auxiliar de lavandería, por cada 15 adultos mayores.

2.3. Marco ético legal.

2.3.1. Marco Internacional de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

En 2012, el Consejo de Derechos Humanos adoptó la resolución 21/23 referente a los derechos humanos de las personas de edad. En ella se exhorta a todos los Estados a garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos de este grupo social, considerando para ello la adopción de medidas para luchar contra la discriminación por edad, la negligencia, el abuso y la violencia, y para abordar las cuestiones relacionadas con la integración social y la asistencia sanitaria adecuada. En esta resolución se acogen las iniciativas regionales y subregionales destinadas a promover y proteger estos derechos, incluso por medio del desarrollo de pautas normativas.

Los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular para:

- *Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ellas y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas;*

- *Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades, respetando su vocación o deseos;*
- *Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos. (CEPAL, 2013).*

2.3.2. Los Derechos de las Personas Mayores

Según la (OEA, 2015) expone en el marco de la 45ª Asamblea General realizada en Washington D.C., la aprobación de la Convención Regional de carácter vinculante cuyo objeto es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir con su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. En este tratado regional los países miembros, Ecuador es miembro se comprometen a:

- a) Adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención....*
- b) Adoptarán las medidas afirmativas y realizarán los ajustes razonables que sean necesarios para el ejercicio de los derechos establecidos en la presente Convención y se abstendrán de adoptar cualquier medida legislativa que sea incompatible con la misma.....*
- c) Adoptarán y fortalecerán todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, incluido un adecuado acceso a la justicia a fin garantizar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.....*

- d) *Adoptarán las medidas necesarias y cuando lo consideren en el marco de la cooperación internacional, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo....*
- e) *Promoverán instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de la persona mayor y su desarrollo integral.....*
- f) *Promoverán la más amplia participación de la sociedad civil y de otros actores sociales, en particular de la persona mayor, en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigida a la implementación de la presente Convención.*
- g) *Promoverán la recopilación de información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que le permitan formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención.*

Entre los derechos de las personas adultas mayores citadas:

Art 5. Igualdad y no discriminación por razones de edad.

Art 6. Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.

Art 7. Derecho a la independencia y a la autonomía.

Art 8. Derecho a la participación e integración comunitaria

Art 9. Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia

Art 10. Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Art 11. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.

Art 12. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.

Art 13. Derecho a la libertad personal.

- Art 14. Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información*
- Art 15. Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación*
- Art 16. Derecho a la privacidad y a la intimidad*
- Art 17. Derecho a la seguridad social*
- Art 18. Derecho al trabajo*
- Art 19. Derecho a la salud*
- Art 20. Derecho a la educación*
- Art 21. Derecho a la cultura*
- Art 22. Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte*
- Art 23. Derecho a la propiedad*
- Art 24. Derecho a la vivienda*
- Art 25. Derecho a un medio ambiente sano*
- Art 26. Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal*
- Art 27. Derechos políticos*
- Art 28. Derecho de reunión y de asociación*
- Art 29. Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias*
- Art 30. Igual reconocimiento como persona ante la ley*
- Art 31. Acceso a la justicia.*

2.3.3. Marco Jurídico Constitucional del Ecuador.

Ecuador cuenta con un marco jurídico constitucional vasto que garantiza los derechos fundamentales de las personas adultas mayores quienes por su mandato recibirán atención prioritaria tanto en el ámbito público como privado en los campos de inclusión social, económica y protección contra la violencia (Art. 36, 37 y 38) (Asamblea Nacional, 2008).

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se

considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37 se habla de la atención gratuita y especializada de salud, contempla el acceso a la medicina gratuita.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

2.4. Marco Ético para la Investigación

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta los principios éticos contemplados en el documento de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, elaborado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (Stepke, 2002) que indica:

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia, en forma general, se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral— guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

Respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

- *Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.*
- *Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.*
- *La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.*
- *Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).*
- *La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.*
- *En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.*

- *Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad.*
- *El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico.*

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del Área de Estudio.

El estudio se realizó en el Centro Gerontológico del Buen Vivir de la Ciudad de Cayambe, que fue inaugurado en 1977 en el antiguo edificio del hospital “San José”, desde esta fecha, varias instituciones han realizado la gestión del Centro Geriátrico, desde el Municipio de Cayambe, Patronato Municipal y actualmente es el Ministerio de Inclusión Económica y Social que financia y administra esta institución.

Cuenta con infraestructura nueva que es más acogedora y abrigada, cuenta con 18 habitaciones para dos personas, con baño y ducha independiente, cuenta con instalaciones para:

- Oficinas Administrativas
- Consultorio médico, un botiquín, cuarto de observaciones para pacientes de cuidados específicos,
- Oficina de trabajo social
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Capilla
- Cocina, despensa, comedor,
- Sala de star,
- Sala de talleres
- Lavandería,
- Cuarto de planchado, ropería,
- Existe un espacio para los eventos socio-culturales, espacios verdes, y un espacio para cultivo.

Los servicios administrativos y de apoyo están bajo la supervisión de un coordinador administrativo. La atención profesional se la realiza en forma individual y grupal despendiendo las necesidades de los adultos mayores. Los parámetros utilizados para su atención son los que rigen a nivel nacional y son los que el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) otorga a todos los centros.

3.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación fue, descriptiva partió de la identificación de las variables, sociodemográficas, condición de salud, para detallar las principales características del sujeto de estudio (adultos mayores), por la temporalidad es un estudio transversal, los datos fueron recopilados por una sola vez y en un tiempo determinado.

3.3. Métodos de Investigación.

Los métodos utilizados serán el deductivo-inductivo, partiendo de lo general a lo específico para obtener posteriormente generalidades que puedan ser replicadas en condiciones similares.

3.4. Población y Muestras.

La población la constituyen los adultos mayores residentes en la ciudad de Cayambe, según las proyecciones del (INEC, 2011) son de 104.449 en la provincia de Pichincha, en el cantón Cayambe la población de adultos mayores es de 5033 que representa el 5,85% de la población general del cantón.

No fue necesario calcular una muestra, considerando que el total de adultos mayores del Centro Gerontológico del Buen Vivir de la ciudad de Cayambe, es de 33 individuos, y se trabajó con el 100%.

3.5. Diseño Metodológico.

El presente estudio es descriptivo ya que se centra en describir las características de los sujetos de la investigación, que permitirán alcanzar los objetivos planteados, no experimental ya que no se realizará modificación de los elementos encontrados, por el tiempo en que se recolectará la información es transversal, los datos fueron recogidos en un solo momento y por una sola vez.

Por la técnica e instrumentos utilizados; así como; por la forma en que los resultados serán presentados el estudio es cuantitativo, para lo cual se aplicó la encuesta de Evaluación de Calidad de Vida. SF36.

3.6. Procedimiento.

La investigación tuvo dos momentos: la primera fase en la cual se realizó los acercamientos a los directivos con la finalidad de obtener el permiso y los consentimientos informados para la aplicación del instrumento.

La segunda fase se aplicó el instrumento en forma directa a los adultos mayores, siendo necesario hacerlo en etapas, por las condiciones de los adultos mayores, y fue un tiempo en el que se observó semanalmente los cambios de esta población. Posteriormente se cuantificaron los datos y se realizó el análisis estadístico respectivo, con la finalidad de disponer de los resultados que fueron sometidos a discusión para plantear una intervención que mejore la calidad de vida de los adultos mayores.

3.7. Técnicas e Instrumentos de Investigación

- **Técnicas**

Por las condiciones de los adultos mayores del centro, fue necesario utilizar la entrevista individualizada, a partir de la cual se obtuvo la información necesaria,

permitió el dialogo la confianza y se apoyó a la vez en la observación durante dos meses, para ratificar la información obtenida.

- **Instrumentos**

Se utilizó el cuestionario SF-36 (SF-36 Health Survey) que es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, consta de 36 ítems que analizan las variables propuestas en los objetivos específicos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. El instrumento ha sido validado en diferentes países de América (Argentina, Colombia, Honduras y México).

- **Función Física:** Mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol Físico:** Valora el grado en que la salud física interviene en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- **Dolor Corporal:** Valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
- **Salud General:** Proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

- Vitalidad: Cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
- Función Social: Mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional intervienen en la vida social habitual.
- Rol Emocional: Valora el grado en el que los problemas emocionales intervienen en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- Salud Mental: Mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional

Tabla 4. Características Principales del Cuestionario de Salud SF 36

| Categorías | N° de ítems | N° de Nivel | Puntuación |
|-----------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| Funcionamiento Físico | 10 | 21 | 0 - 100 |
| Rol Físico | 4 | 5 | 0 - 100 |
| Dolor Corporal | 2 | 11 | 0 - 100 |
| Salud general | 5 | 21 | 0 - 100 |
| Vitalidad | 4 | 21 | 0 - 100 |
| Funcionamiento social | 2 | 9 | 0 - 100 |
| Rol Emocional | 3 | 4 | 0 - 100 |
| Salud mental | 5 | 26 | 0 - 100 |
| Transición | 1 | 5 | 0 - 100 |

Fuente: Arostegui Madariaga Inmaculada, Núñez-Antón Vicente. 2008 (Arostegui & Nuñez -Antón, 2008)

Tabla 5. Significado de los Resultados del Cuestionario SF36

| Categoría | N° de ítems | Significado de Resultados | |
|-----------------------|-------------|--|--|
| | | Bajo | Alto |
| Funcionamiento Físico | 10 | Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud | Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud |
| Rol Físico | 4 | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física | Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física |
| Dolor Corporal | 2 | Dolor muy severo y extremadamente limitante | Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor |
| Salud general | 5 | Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará | Evalúa la salud personal como excelente |
| Vitalidad | 4 | Cansancio y agotamiento todo el tiempo | Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo |
| Funcionamiento social | 2 | Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales | Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales |
| Rol Emocional | 3 | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales | Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales |
| Salud mental | 5 | Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo | Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo |
| Transición | 1 | Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año | Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año |

Fuente: (Arostegui & Nuñez -Antón, 2008)

Tabla 6. Evaluaciones Medias del Cuestionario SF36

| Respuesta | Valores | Puntuación Recomendada |
|-----------|------------|------------------------|
| Excelente | 100 - 87.5 | 100 |
| Muy buena | 87 - 75.5 | 84 |
| Buena | 75 - 65.5 | 61 |
| Regular | 65 - 50.5 | 25 |
| Mala | 50 - 10.5 | 0 |

Fuente: (Arostegui & Nuñez -Antón, 2008)

Técnica de procesamiento y análisis de datos. El procesamiento de datos se realizó con la elaboración de una base de datos, en Microsoft Excel, al análisis se realizó con el paquete informativo EPI INFO 7.0. Para el cálculo de las categorías del cuestionario se utilizó SF-36-Flash-datos-graf.

3.8. Resultados Esperados

A través del instrumento seleccionado para la compilación de la información se obtuvo la descripción cuantitativa del nivel de satisfacción de los adultos mayores respecto a los o ítems que componen el concepto de calidad de vida con la finalidad de poder intervenir oportunamente en la corrección o ratificación de actividades que satisfagan dicho concepto.

3.8.1. En lo Económico-Social:

El impacto dentro del área económico-social fue importante, se demostró que con un trabajo cimentado en el conocimiento científico se puede traducir en actividades diarias que ayuden a lograr los objetivos de calidad de vida del adulto mayor, lo cual socialmente beneficia al adulto mayor, así como, a la sociedad pues se dispone de mayor integración y aporte a la misma, al mejorar la calidad de vida las enfermedades propias de esta edad pueden ser manejadas desde la prevención de signos

sobreañadidos, lo que directamente disminuirá el coste de medicamentos, y el ingreso a hospitales será muy limitado.

3.8.2. En lo Cultural:

Los resultados ayudaron a planificar actividades culturales que el adulto mayor puede desarrollar para mejorar sobre todo su salud mental tal como la música, la pintura, la escritura. Pero más allá de lo cultural percibido como las expresiones de un pueblo, se quiere tener impacto en la cultura de la calidad, que busca no solo la satisfacción de las necesidades del cliente, sino apuntando a ser un factor competitivo, al ofrecer servicios de calidad en el cuidado al adulto mayor en la alimentación, en el trato, obviamente de apunta a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que tienen el derecho de tener una vida llena de satisfacción y felicidad en la última etapa de su vida.

3.8.3. En lo Ambiental:

El desarrollo de metodología de integración lúdica con el adulto mayor puede generar ambientes mentales positivos que inciden en el contexto social y cultural de los ancianos y su familia.

3.8.4. En lo Científico:

Desde el ámbito científico los aportes de esta investigación trabajo pueden ser el inicio de un estudio más profundo sobre la calidad de vida de los adultos mayores con la finalidad de ajustar políticas de intervención efectivas que ayuden atender este segmento de la población tan vulnerable.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Tabla 7. Población de acuerdo a características socio demográficas

| Variables | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Edad | | |
| > 65 | 7 | 21,21% |
| 65 a 75 | 6 | 18,18% |
| 76 a 85 | 12 | 36,36% |
| 86 a 95 | 5 | 15,15% |
| 96 a más | 3 | 9,09% |
| Sexo | | |
| Femenino | 19 | 57,58% |
| Masculino | 14 | 42,42% |
| Analfabeto | | |
| Primaria Incompleta | 8 | 24,24% |
| Primaria completa | 2 | 6,06% |
| Bachiller | 1 | 3,03% |
| Superior | 2 | 6,06% |

Fuente: Elaborado por la Autora.

El promedio de edad de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Cayambe es de 76 años, la edad mínima es 50 años y la máxima 100 años; llama la atención que el 21,21% de los residentes, tengan menos de 65 años de edad; cuando la Norma Técnica del MIES; que es la institución que financia los Centros Gerontológicos indica “*Son servicios de acogida para la atención y cuidado ofrecidos a personas adultas mayores de 65 años o más*” (MIES , 2014); Mayoritariamente (57.58%); los residentes son de sexo femenino, y el 84.85% son analfabetos o no han terminado la primaria.

En el cantón Cayambe, el analfabetismo es de 20,94, superior al que se registra en la provincia de Pichincha (9.45) y en el país (14.94) (SIISE, 2010). Más aun el analfabetismo en adultos mayores es superior, considerando que en el país en la década de los 90, se dio un movimiento desde el gobierno central y municipales con el objetivo de eliminar el analfabetismo del Ecuador; pero en esta década el adulto mayor ya tenía más de 65 años, seguramente, tampoco accedieron a estos programas.

Tabla 8. Años de residencia en el Centro Gerontológico

| Años | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| > 1 año | 4 | 12,12 |
| 1 a 5 | 15 | 45,45 |
| 5 a 10 | 2 | 6,06 |
| 11 a 15 | 4 | 12,12 |
| 16 y más | 8 | 24,24 |
| Total | 33 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

La mayoría (57,58%) de los adultos mayores indican que residen en el centro gerontológico entre 1 y 5 años, existe 5 adultos mayores que representan el 15%, que indican que viven en el centro, casi 40 años, es decir la mayor parte de sus vidas; si volvemos a revisar la normativa del MIES, sobre el funcionamiento de los Centros Geriátricos, dice “Son servicios de acogida para la atención y cuidado ofrecidos a personas adultas mayores de 65 años o más” (MIES , 2014) con ello se puede pensar que este centro geriátrico no solo alberga a adultos mayores, si no, a personas con otro tipo de padecimientos.

Tabla 9. Principales Patologías de los Adultos Mayores

| Patologías | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Músculo esqueléticas | 13 | 39,39 |
| Psiquiátricas | 8 | 24,24 |
| Sistema Cardíaco | 6 | 18,18 |
| Discapacidades | 4 | 12,12 |
| Cáncer | 1 | 3,03 |
| Ninguna | 1 | 3,03 |
| Total | 33 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

El 96% de los adultos mayores, de acuerdo a la historia clínica del centro gerontológico, tienen alguna patología, casi todos tienen más de un problema crónico de salud, principalmente osteomusculares como artrosis, distrofia muscular, y problemas cardiovasculares como hipertensión arterial, entre las discapacidades se encontró problemas como deficiencia auditiva principalmente; llama mucho la atención que entre los problemas psiquiátricos que se encontraron está la esquizofrenia presente en el 15% de los residentes del centro de adultos mayores; y son quienes han tiempo han permanecido en el centro gerontológico. En el estudio realizado por Varela y otros en el 2013, señalan que la enfermedad crónica más frecuente en los adultos mayores es hipertensión arterial en 40,9%; (Varela-Pinedo, 2015); mientras que problemas psiquiátricos se encontró en el 22.5% de los pacientes en el estudio realizado por Crespo en el año 2014 (Crespo Domínguez, Castellón López, Cárdenas , & Saavedra de la Cruz, 2014).

Tabla 10. Percepción de la condición de la función física

| Respuesta | Mujeres | | Hombres | |
|--------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Excelente | 2 | 10,53 | 4 | 28,57 |
| Muy buena | 1 | 5,26 | 0 | - |
| Buena | 1 | 5,26 | 2 | 14,29 |
| Regular | 4 | 21,05 | 1 | 7,14 |
| Mala | 11 | 57,89 | 7 | 50,00 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 14 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

En relación a la función física, se puede observar que apenas el 10,53% de mujeres y el 28,57% de los hombres perciben que su función es excelente, es decir todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes; pero la gran mayoría (78,94%) señalan que es regular y mala, reconociendo que tienen mucha dificultad de realizar las tareas básicas incluso bañarse, lo que demuestra que los adultos mayores se encuentran en peores condiciones comparado con el estudio realizado por Cervantes 2014, que indica que en el 25% de los adultos se encontró dificultades en la función física, estos adultos son ambulatorios. (Cervantes Becerra, Villarreal, Galicia, & Vargas, 2015); ahora si estos datos se comparan con el estudio realizado en adultos mayores de residencias se encontró que en el 42,9% de los usuarios encontró deterioro de la función física (Espinoza Espinoza, 2016); En el presente estudio se observó que son las mujeres quienes más deteriorada tiene la función física.

Tabla 11. Percepción sobre el dolor

| Respuesta | Mujeres | | Hombres | |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Muy intenso | 6 | 31,58 | 5 | 35,71 |
| Intenso | 1 | 5,26 | 2 | 14,29 |
| Regular | 6 | 31,58 | 1 | 7,14 |
| Muy pocas veces | 3 | 15,79 | 3 | 21,43 |
| Ninguno | 3 | 15,79 | 3 | 21,43 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 14 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

Valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, se puede apreciar que, entre los adultos mayores, la intensidad del dolor es entre regular y muy intenso, y más frecuente en las mujeres; los hombres indican que la intensidad del dolor esta entre muy pocas veces y ninguno. Según De Andrés (2014) indica que las personas mayores muestran algunas diferencias al describir su dolor que puede ser atribuible a una serie de factores como la biología, la cultura, la religión, el origen étnico, el deterioro cognitivo, la organización o el contexto social, así como, creen que el dolor es algo que hay que soportar y que es una parte inevitable del envejecimiento (de Andrés, Acuña, & Olivares, 2014), por lo que la percepción del dolor en el anciano no es una condición muy verídica; a menos que se aplique alguna escala de dolor, que este no es el objetivo de este estudio.

Tabla 12. Percepción del rol físico

| Categorías | Mujeres | | Hombres | |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Excelente | 8 | 24,24 | 8 | 42,11 |
| Muy buena | 2 | 6,06 | | - |
| Buena | | - | 1 | 5,26 |
| Regular | 2 | 6,06 | 2 | 10,53 |
| Mala | 7 | 21,21 | 3 | 15,79 |
| TOTAL | 19 | 57,58 | 14 | 73,68 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

El rol físico mide los problemas con las actividades diarias como resultado de la salud física; en consecuencia, con los resultados de la función física; se observa que son la mayoría de las mujeres quienes perciben que su rol físico es más deteriorado que lo que perciben los hombres; para Gómez-Piriz; el rol físico depende directamente del grado de actividad que los adultos tengan, pues este rol se deteriora cuando se tiene una vida sedentaria (Gomez-Piriz, Puga González, Jurado Gilabert, & Pérez Duque, 2014). Con ello se puede aseverar que los hombres que residen en el geriátrico tienen más actividad física, y es necesario incorporar actividades en su vida diaria para evitar que este rol se deteriore aún más.

Tabla 13. Percepción de la Salud General

| Categorías | Mujeres | | Hombres | |
|--------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Excelente | | - | | - |
| Muy buena | 3 | 15,79 | | - |
| Buena | 2 | 10,53 | 1 | 7,14 |
| Regular | 8 | 42,11 | 9 | 64,29 |
| Mala | 6 | 31,58 | 4 | 28,57 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 14 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

Esta categoría proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar; el 81,81% de los adultos mayores perciben que su condición de salud es de regular a mala; este valor es ligeramente más alto en los hombres (92,86%) que en las mujeres (73,68%), se resalta que tanto ni hombres ni mujeres han percibido que su estado de salud es excelente; la máxima calificación que alcanzaron fue de muy buena. En el estudio realizado por Franco 2017; a un grupo de pacientes con enfermedad cardiovascular, encontró que ellos percibían que su salud general estaba entre regular y muy buena (Franco Sierra, 2017), Castellón que refiere que. *La calidad de vida subjetiva es mayor en los hombres que en las mujeres, quizás porque el envejecimiento es percibido por la mujer como más negativo* (Castellon, 2003).

Tabla 14. Percepción de la Función Social

| | Mujeres | | Hombres | |
|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Excelente | 2 | 10,53 | 5 | 26,32 |
| Muy buena | 4 | 21,05 | 2 | 10,53 |
| Buena | 3 | 15,79 | - | - |
| Regular | 5 | 26,32 | 4 | 21,05 |
| Mala | 5 | 26,32 | 3 | 15,79 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

Esta categoría mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional intervienen en la vida social habitual, de acuerdo a la percepción del 50% de los adultos mayores, señalan que su función social es de mala a regular; este resultado es más significativo en las mujeres que en los hombres. Si se relaciona los resultados de esta investigación con los resultados de la investigación realizada por Coronado Gálvez (2009) que señala que la función social fue en promedio muy buena (72,75%), lo que indica un buen perfil de función social de la población estudiada (adultos mayores) que realizaban actividades sociales normales sin interferencias debido a problemas físicos o emocionales (Coronado Gálvez, Díaz Vélez, Apolaya Segura, & Manrique González, 2009), a diferencia de los resultados de este estudio que apenas el 18% señalan que su función social es muy buena, uno de los mayores problemas de esta población es la soledad, es por ello que su percepción sobre la función social es baja, pero también este resultado puede ser la muestra de que no existe muchas relaciones interpersonales en el grupo que se encuentran en este centro geriátrico, con los que diariamente comparte las actividades de la vida diaria.

Tabla 15. Percepción sobre la Vitalidad

| | Mujeres | | Hombres | |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Excelente | 2 | 10,53 | 2 | 14,29 |
| Muy buena | 2 | 10,53 | 2 | 14,29 |
| Buena | - | - | - | - |
| Regular | 10 | 52,63 | 7 | 50,00 |
| Mala | 5 | 26,32 | 3 | 21,43 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 14 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

Esta categoría cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento, el promedio fue de 52,27%; lo que significa que su percepción está en regular, otra vez esta categoría es ligeramente más significativa en las mujeres que en los hombres, en el estudio realizado en España con Adultos mayores el promedio en esta categoría fue del 69,9% (Alonso, Regidor, Barrio, & Prieto, 1998), en el 24% de los adultos mayores la medición de esta categoría fue de 87,5 y superó el valor de los resultados de Coronado Gálvez (2009), que el promedio fue de 64.2. (Coronado Gálvez, Díaz Vélez, Apolaya Segura, & Manrique González, 2009).

Tabla 16. Percepción sobre la condición de la Salud Mental

| | Mujeres | | Hombres | |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Excelente | 1 | 5,26 | 2 | 14,29 |
| Muy buena | 5 | 26,32 | 2 | 14,29 |
| Buena | 3 | 15,79 | 3 | 21,43 |
| Regular | 7 | 36,84 | 6 | 42,86 |
| Mala | 3 | 15,79 | 1 | 7,14 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 14 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

Mide la salud mental general, incluye la depresión, ansiedad, el control de la conducta y el control emocional, de acuerdo a la percepción del adulto mayor, el 52% de las mujeres alcanzaron una valoración que les sitúa entre regular y buena, es decir un promedio de 72,0; mientras que el promedio general fue de 59.57 en las mujeres y de los varones fue 63.61 que es ligeramente menor al promedio de México 68,76; (Coronado Gálvez, Díaz Vélez, Apolaya Segura, & Manrique González, 2009). De acuerdo a Cortez, los adultos mayores sufren depresión el 20,1%, mientras que ansiedad se encontró en 49,6% (Cortés-Muñoz, Cardona-Arango, & Segura-Cardona , 2016), la Organización Mundial de la Salud considera que la depresión será la segunda causa de discapacidad después de las enfermedades cardíacas para el año 2020 (OMS, 2017). Es una enfermedad grave que no sólo afecta el estado de ánimo, sino que también puede conducir a un deterioro funcional y cognitivo. En los adultos mayores, la depresión afecta principalmente a las personas con padecimientos crónicos y causa sufrimiento, ruptura familiar y discapacidad, empeora los resultados de muchas enfermedades y aumenta la mortalidad. (Steffens , 2009).

Tabla 17. Percepción sobre Rol Emocional

| | Mujeres | | Hombres | |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Excelente | 6 | 31,58 | 7 | 50,00 |
| Muy buena | | - | | - |
| Buena | 5 | 26,32 | 1 | 7,14 |
| Regular | | - | | - |
| Mala | 8 | 42,11 | 6 | 42,86 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 14 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

Se valora el grado en el que los problemas emocionales intervienen en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar, esta escala se tienen los dos extremos (excelente y malo) con valores casi iguales; en las mujeres la valoración de mala es la que mayor promedio recibió; mientras que para los hombres la valoración de excelente, con ello se puede afirmar que los hombres tienen mejor estado de ánimo, son más estables emocionalmente, es necesario considerar que las enfermedades neurológicas pueden afectar la cognición, limitando la memoria, capacidad de juicio, abstracción y propiciando la depresión (Pontificia Universidad Católica de Chile. , 2013)²¹, y en el centro geriátrico existen varios pacientes diagnosticados con este tipo de enfermedad.

Tabla 18. Percepción sobre la transición del Estado de Salud

| Respuesta | Mujeres | | Hombres | |
|--------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Excelente | 1 | 5,26 | - | - |
| Muy buena | 1 | 5,26 | 2 | 14,29 |
| Buena | 6 | 31,58 | 4 | 28,57 |
| Regular | 7 | 36,84 | 6 | 42,86 |
| Mala | 4 | 21,05 | 2 | 14,29 |
| TOTAL | 19 | 100,00 | 14 | 100,00 |

Fuente: Elaborado por la Autora.

En esta categoría se valora la percepción que tiene el adulto mayor sobre cómo cree que está su estado de salud en relación al año anterior; los resultados muestran que, de acuerdo a la opinión de los residentes del centro geriátrico, el 57,58% perciben que su estado de salud con relación al año anterior es regular y malo, es decir, que se sienten que su salud se ha deteriorado, en comparación entre hombres y mujeres, los resultados son similares. Si se analiza la respuesta de buena, es decir que se encuentra entre el 75 y 65,5% de respuestas afirmativas, el 31,58% de las mujeres perciben que en relación al año anterior su salud es buena; y en los hombres el 28,57%, con ello se puede afirmar que las mujeres, mantienen su estado de salud.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1. Implantación de un Plan de Mejora de la Calidad

5.1.1. Introducción

Un plan de mejora de la calidad de la atención en el centro geriátrico de Cayambe se hace indispensable, como se ha visto con los resultados obtenidos en la investigación, los adultos mayores perciben que su calidad de vida no es buena; si bien hay varios factores que contribuyen como las enfermedades, la edad, pero sobre todo el sentir de ellos/as sobre las relaciones interpersonales que están afectando su estado emocional.

Es necesario dar un tiempo y espacio específico a un proceso de cambio, que tenga como eje central al adulto mayor, residente del centro geriátrico, Si bien el estado a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES); provee de recursos económicos y humanos para dar cumplimiento a su objetivo de Mejorar la calidad de vida, se hace necesario mirar más allá, desde la realidad de los “viejitos”, desde sus sentir, sus maneras de entender la realidad que es el resultado de una vida llena de experiencias vividas en sus propios contextos, donde la cultura, convivencia y estilos de vida en general marcaron sus comportamientos que son los que se expresan en su nuevo espacio de convivencia.

Se hace necesario recordar que la promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida, tiene como finalidad, dar las pautas para el logro de un envejecimiento satisfactorio, con la menor cantidad de enfermedades posibles o adecuadamente controladas y manteniendo autonomía (Aliaga-Díaz, Cuba-Fuentes, & Mar-Meza, 2016), así como, contar con herramientas de evaluación integral al adulto, que tiene como propósito la evaluación,

identificación y priorización de los aspectos negativos y positivos de la salud de las personas adultas mayores, con el fin de prevenir y tratar la enfermedad, rehabilitar la discapacidad e impulsar un envejecimiento activo y saludable (Gálvez-Cano, Chávez-Jimeno, & Aliaga-Díaz, 2016).

La concepción de salud, envejecimiento saludable, satisfactorio, activo y calidad de vida de las personas adultas mayores, debe ser abordada de una manera integral, en la que, además del enfoque del aspecto de salud, se considere el bienestar personal, su funcionalidad y los entornos socio familiares propicios y favorables que les permita continuar su desarrollo personal. Todo ello parte de una decisión política de implementación y ejecución de las normas que deberían conducir al desarrollo de una cultura pertinente sobre el envejecimiento y la vejez, en donde la persona adulta mayor debe ser el actor principal.

Por ello es necesario desarrollar una revisión de las intervenciones desde la verificación constante de lo que se hace actualmente y lo que se debería hacer, es preciso llevar a cabo una revisión de las intervenciones técnicas y de los soportes metodológicos que las sustentan en relación con los principios rectores de la atención, con esta propuesta se prevé revisar elementos en relación a los principios de competencia y autonomía, participación, individualidad, integración social, independencia, bienestar y dignidad.

5.1.2. Justificación.

Su opción predilecta es vivir en casa y cuando no sea posible, en un alojamiento con características de hogar, donde se le considere como persona única y se le trate a partir de sus capacidades, se facilite la participación familiar, disponga de profesionales cualificados, cuenten con una infraestructura acorde con la edad, se dé soporte a su autonomía e independencia y cuente con actividades abiertas a la comunidad. Satisfacer estas demandas se puede llevar a cabo adoptando modelos de gestión más humanistas que consideren al adulto mayor como agente activo en la gestión de sus cuidados.

5.1.3. Objetivo

- Diseñar los lineamientos del Plan de Mejoras.
- Implementar de un Plan de Mejora de la Calidad para el centro geriátrico Cayambe.
- Formular indicadores de medición de la calidad.

5.2. Plan de Mejora

Las principales características de estos modelos basados en calidad reconocen el papel central de la persona y proponen estrategias para que ella ejerza el control sobre lo que le afecta, la tendencia a nivel mundial indican una evolución en los alojamientos para personas adultas, enfatizando en modelos de viviendas donde residen pequeños grupos que permiten a la persona mayor sentirse como en su casa, donde se dispensan cuidados integrales desde un ambiente que funcione como un hogar, con abordaje terapéutico desde la realización de actividades cotidianas y significativas, atención personalizada desde los derechos y deseos de la persona, apoyo individual, dispensación de servicios sociales y sanitarios, atención profesional 24 horas y otorgan un papel central a la familia.

Los principios rectores de la atención gerontológica son la personalización del cuidado, integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social o continuidad de la atención y son estos principios los que definen lo esencial del modelo de atención. Estos principios, a pesar de ser generalmente enunciados, pueden quedar en la declaración de intenciones si su concreción en el día a día de los servicios y centros se tropieza con dificultades como la inflexibilidad organizativa, las prácticas y espacios que no protegen la intimidad o los procedimientos asistenciales uniformes que no permiten una atención personalizada.

Para el presente modelo se toma en cuenta estos principios y se proponen estrategias para evidenciar el cumplimiento, es necesario a la vez conceptualizar cada uno de ellos.

- **Autonomía:** Es la capacidad que tiene una persona o entidad de establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones, se describe como la capacidad que tiene un individuo de sentir, pensar y tomar decisiones por sí mismo. Este concepto abarca una serie de características y elementos referentes con la autogestión personal. Entre esos elementos tenemos la autoestima, la actitud positiva ante la vida, el análisis correcto de las normas sociales y la autosuficiencia.
- **Participación,** Es la acción y efecto de tomar parte en algo, o de hacer partícipe a alguien más sobre algo, lo que quiere decir, noticiar o informar acerca de algún suceso.
- **Integralidad,** Es la capacidad que tiene de actuar en consecuencia con lo que se dice o lo que se considera que es importante ya sea algo íntegro que se trata de un elemento que tiene todas sus partes enteras.
- **Individualidad e intimidad,** Todas las personas con iguales cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto, Las personas viven en comunidad tienen derecho a su intimidad.
- **Integración social.** Las personas mayores son miembros activos de la comunidad y ciudadanos con derechos, por ello también cuando tienen una situación de dependencia y viven en un alojamiento, deben tener posibilidad de interactuar en su entorno y disfrutar cuantos bienes sociales y culturales existan, en igualdad con el resto de la población.

- **Independencia y bienestar.** Todas las personas mayores han de tener acceso a programas informativos, formativos dirigidos a la prevención de la dependencia, a la promoción de la autonomía y al incremento de su bienestar subjetivo. Quienes presenten situación de fragilidad o de dependencia tendrán derecho a recibir apoyo que mejore su situación, minimicen su dependencia y aumenten su sensación de bienestar.
- **Continuidad en los cuidados.** Las personas que se encuentran en un centro por su situación de fragilidad o dependencia tienen derecho a recibir los cuidados que precisen, de manera continua y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso.

Este modelo toma como referencia y base el decálogo e la Atención Centrada en la Persona de Martínez 2013. Que dice:

- Todas las personas tienen dignidad. Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.
- Cada persona es única. Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible.
- La biografía es la razón esencial de la singularidad. La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención.
- Las personas tienen derecho a controlar su propia vida. La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por

tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

- Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía. La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.
- Todas las personas tienen fortalezas y capacidades. Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no se fija solo en los déficits y limitaciones y busca una relación que reconozca las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de las mismas.
- El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo. Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.
- La actividad cotidiana tiene una gran importancia. Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.
- Las personas son interdependientes. El ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos. Por tanto, los

otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y en el logro del bienestar.

- Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles. (Martínez T. , 2013).

Por las condiciones de los residentes de este centro gerontológico es preciso adoptar el modelo de “Los alojamientos” que propone el Housing y buscan garantizar el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y, especialmente, de quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia y requieren, por tanto, ser cuidadas por otros, entre las características de este modelo propuesto se destaca que:

- Combinan la existencia espacios privados que garanticen la intimidad (habitación propia) con otros comunes que potencian la actividad social (salón, cocina, jardines, etc.).
- Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un “hogar propio y significativo”.
- Apuestan por lograr un modo de vida parecido al hogar y un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para cada persona (cocinar, cuidar las plantas, salir a la compra, mantener contacto con otras personas, realizar sus aficiones, etc.).
- Proporcionan una atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, incluyendo la asunción de ciertos riesgos.

- Apoyan y dan importancia a las actividades cotidianas y significativas.
- Ofrecen atención profesional durante las 24 horas, integrando en la vivienda cuidados personales durante todo el día para las personas con altos niveles de dependencia.
- Defienden la idea de “vivienda para toda la vida”, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.
- Otorgan a las familias y allegados un papel central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad

5.2.1 Matriz de Programación.

| PRIORIDAD | OBJETIVOS | METAS | ESTRATEGIAS | ACTIVIDADES | TIEMPO | RECURSOS | RESPONSABLE |
|-----------|--|---|--|---|------------|--|--|
| Autonomía | Propiciar la autonomía de los adultos mayores en el Centro | El 70% de los adultos mayores, realizarán actividades para su autocuidado | <p>Crear políticas locales sobre el tipo de alojamiento (promoción de habitaciones individualizadas y mantenimiento de las mismas) que les permita a los adultos contar con espacios individualizados, acorde a sus propias necesidades.</p> | <p>Realizar valoración de condición física y estado de salud de cada residente frecuentemente, que permita conocer el grado de autonomía</p> <p>Elaboración de normativa sobre las condiciones de mantenimiento de las habitaciones. (Higiene, orden, uso, visitas)</p> | Enero 2018 | Fichas de evaluación geriátrica utilizadas por el Ministerio de Salud Pública. | <p>Coordinador del Centro Médico del Centro Geriátrico.</p> |
| | | | <p>Contar con espacios de recreación conjunta, (ejercicio físico, talleres lúdicos, jardines), y espacios que respeten la privacidad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Crear normativa sobre el uso de espacios conjuntos (Sala de lectura, televisión). - Establecer horarios para actividades conjuntas talleres lúdicos, ejercicios) | Enero 2018 | Normativa de funcionamiento del Centro Geriátrico MIES. | <p>Coordinador del Centro Fisioterapeuta Terapeuta ocupacional</p> |

| | | | | | | | |
|---------------|--|---|---|--|--------------|---|---|
| | | | Delegación de actividades de acuerdo a las condiciones de cada residente. | <ul style="list-style-type: none"> - Establecer listado de actividades que en el Centro Geriátrico se deben cumplir (administrativas, gestión, operativas). - Designar residentes del Centro que puedan cumplir estas actividades de acuerdo a sus capacidades. (hacer las compras de la despensa, organizar la despensa, supervisar limpieza de habitaciones, espacios conjuntos, etc.) | Febrero 2018 | Normativa de funcionamiento del Centro Geriátrico MIES. | Coordinador del Centro Responsable de cocina |
| | | | Promover la realizar de actividades diarias de autocuidado (higiene, alimentación, hábitos saludables, ejercicio, descanso) | <ul style="list-style-type: none"> - Normatizar el aseo diario de los residentes. - Hora de alimentación - Ejercicio actividad física diaria. - Hora de descanso | Enero 2018 | Normativa de funcionamiento del Centro Geriátrico MIES | Coordinador del Centro |
| Participación | Elaborar el Plan estratégico 2018 - 2021 para el | En el 2018 se cuenta con 1 Plan Estratégico | Realizar el diagnóstico situacional del Centro | <ul style="list-style-type: none"> - Socializar los objetivos del diagnóstico. | Marzo 2018 | Normativa de funcionamiento del Centro | Coordinador del Centro |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|------------|--|--|
| | Centro Geriátrico, con la participación de los residentes y familiares. | elaborado con la participación de los residentes y familiares del Centro Gerontológico | (FODA), con la participación de los residentes, familiares, personal administrativo y de apoyo del Centro | <ul style="list-style-type: none"> - Nombrar los delegados de residentes y familiares - Elaborar el FODA - Establecer prioridades de intervención - Ejecución del Plan - Evaluación anual participativa | | Geriátrico MIES. | |
| | Propiciar la realización de eventos conmemorativos con la participación de los residentes del Centro | Se cuenta con una comisión de asuntos sociales | <p>La comisión de asuntos sociales elabora un calendario de eventos sociales, culturales y de capacitación, para el Centro Gerontológico</p> <p>Proponer a las unidades educativas de la ciudad, visitas al Centro Gerontológico, con la finalidad de difundir la riqueza cultural de los residentes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar eventos culturales, sociales y de capacitación que integren a los residentes del Centro | Marzo 2018 | Normativa de funcionamiento del Centro Geriátrico MIES | Coordinador del Centro Personal del Centro |
| Continuidad en los cuidados | Elaborar planes de cuidados individualizados | Se cuenta con planes de cuidados de | Establecer acuerdos interinstitucionales, que garanticen el | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar la evaluación integral de cada residente | Enero 2018 | Guías de valoración geriátrica MSP. | Coordinador del Centro |

| | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|------------------------|---|--|
| | | acuerdo a la patología de los residentes del Centro | cuidado integral de los residentes. (Ministerio de Salud) | del Centro (física, social, salud afectiva) - Elaboración de protocolos de cuidado de acuerdo a la patología. - Evaluación periódica de las condiciones de los residentes. | | | |
| Generales | Contar con personal motivado, altamente cualificado para el cuidado integral del adulto mayor | El 100% del personal operativo y de apoyo, se ha capacitado en el cuidado integral al adulto mayor. | Realizar talleres de capacitación del cuidado integral al adulto mayor | - Realizar taller sobre leyes de protección al adulto mayor - Realizar taller sobre actividad física del adulto mayor - Taller sobre nutrición del adulto mayor - Taller sobre cuidado integral del adulto mayor | Abril – diciembre 2018 | Constitución 2008 Normativa de funcionamiento del Centro Geriátrico MIES Guías de cuidado adulto mayor | Coordinador del Centro Personal Médico |
| | Garantizar la seguridad de los residentes del Centro | Contratar guardias para el centro gerontológico | Gestionar ante el MIES y/o Gobiernos Autónomos Descentralizados recursos para la contratación de guardias | - Elaboración de una propuesta para la contratación de guardias de seguridad. | Enero 2018 | Normativa de funcionamiento del Centro Geriátrico MIES | Coordinador del Centro |

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- Se concluye que los adultos mayores estudiados en su mayoría son mujeres, se encuentran entre los 75 y 86 años de edad, la edad mínima fue de 50 años y la máxima 100 años, más de la mitad de ellos son analfabetos, y tienen una estancia promedio en el Centro gerontológico de 5 años, aunque existen adultos mayores que indican residir en este centro 40 años. Casi todos tienen algún problema de salud, especialmente cardiovasculares como hipertensión y musculo esqueléticos como la artritis, artrosis. Preocupa mucho que una parte de los residentes tengan diagnósticos de desórdenes psiquiátricos como esquizofrenia y demencia que son patologías que van a dificultar la convivencia con los otros adultos mayores.
- La mayoría de los residentes del centro gerontológico perciben deterioro significativo de su calidad de vida, evaluando la misma entre los niveles regular y malo. La calidad de vida presentó mayor afectación para los adultos mayores de sexo femenino.
- La función física del adulto mayor residente en el centro gerontológico de Cayambe, se encuentra con una valoración de mala y regular, afectando más a las mujeres, especialmente la valoración de mala; en los hombres mientras tanto, tienen una valoración de excelente, lo que permite afirmar que los hombres tienen tal vez mayor actividad física que las mujeres.
- Con respecto a la función social, 3 de cada 10 mujeres del Centro Gerontológico afirman tener esta función en valoración de excelente y muy buena; mientras que 7 de cada 10 hombres tienen esta escala. Se puede concluir

que, en el centro gerontológico, las mujeres no han logrado establecer relaciones sociales amigables, que contribuyan con su calidad de vida. Las relaciones sociales determinan una condición de calidad de vida.

- La salud mental en los adultos mayores es de suma importancia, valorarla de acuerdo a la OMS; la depresión es uno de los problemas de salud que está en aumento, y más aún en los adultos mayores, tomando como referencia este enunciado, vemos que en el centro geriátrico el 50% de sus residentes, consideran que su salud mental es de regular a mala, lo que indica que es muy necesario que se tomen medidas de prevención, puesto que esta situación podría influir en otros problemas de salud de esta población.
- La percepción que tienen los adultos mayores sobre su situación de salud en relación al año anterior, es decir, la transición de salud, los resultados tampoco son muy agradables, muestran que más de la mitad consideran que su salud se ha deteriorado, lo que indicaría la poca promoción de actividades de prevención en el Centro Geriátrico.

6.2. Recomendaciones

- Las condiciones de salud y calidad de vida de los residentes del Centro Gerontológico de Cayambe están muy deterioradas de acuerdo a la percepción de cada uno de ellos, pero se pueden plantear alternativas que puedan mejorar su estado de salud y calidad de vida por lo que se recomienda:
- Realizar actividades recreacionales, culturales, con el objetivo de favorecer las relaciones entre los residentes del Centro Gerontológico y de ser factible con sus familias, así como propiciar el bienestar físico, psicológico y social.
- Establecer las condiciones de ingresos al Centro Gerontológico, respetando las normativas del MIES, así como, los diagnósticos de salud con los que ingresan los pacientes, (especialmente problemas psiquiátricos) que seguramente impiden el establecimiento de relaciones sociales.
- El personal de Centro Gerontológico debe estar en continua capacitación en temas relacionados con el buen trato, la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; así como, en actividades lúdicas que permitan la planificación de actividades diarias, continuas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Cortés-Muñoz, C., Cardona-Arango, D., & Segura-Cardona, Á. (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. *Rev. salud pública*.
- Wilson et al. (2010). Cardiovascular function and the veteran athlete. *Eur J Appl Physiol*, 459-478.
- O-Nohl, H. (1993). Involvement of free radicals in ageing: a consequence or cause of senescence. *Free Rad Med.*, 653-667.
- Aliaga-Díaz, E., Cuba-Fuentes, S., & Mar-Meza, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Peruana de Medicina Experimental y de Salud Pública*, 311-320.
- Alonso, J., Regidor, X., Barrio, G., & Prieto, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clinica*, 410-416.
- Alvarez, M. (2004). La importancia de la funcionalidad en la persona mayor Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC.
- Amo, M., & Rodríguez, S. (2003). Valoración Geriátrica integral. *FMC*, 71.
- Andreu G, P., & Delgado Hernández, R. (2003). Senescencia celular y envejecimiento. *Rev. Cubana Invest. Biomed*, 204-2012.
- Arango Lopera, V., & Pérez, M. (2012). Envejecimiento de piel y anexos. México: Manual Moderno.
- Arostegui, I., & Nuñez -Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*, 147-192.
- Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la República del Ecuador. MonteCristi.
- Calvo, C. (2017). CALIDAD DE VIDA. Obtenido de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/56303/Carlota%20Calvo.pdf?sequence=1>

- Cartier, R. (2002). Caídas y alteraciones de la marcha en los adultos mayores. *Revista Médica*. v., 332-337.
- Castellon, S. (2003). Calidad de vida en la atención del adulto mayor. *Rev. Mult. Geronto*, 188-192.
- CEPAL. (2004). POBLACIÓN, ENVEJECIMIENTO Y DESARROLLO. Puerto Rico: Cepal.
- CEPAL. (2013). *Los derechos de las personas mayores*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cervantes Becerra, R., Villarreal, E., Galicia, L., & Vargas, E. (2015). El estado de salud del adulto mayor en primer nivel de atención a partir de una escala geriátrica integral. *Atención Primaria*, 329-335.
- Consejo Nacional de Planificación. (2017). Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021. Quito: Senplades.
- Coronado Gálvez, J., Díaz Vélez, C., Apolaya Segura, M., & Manrique González, L. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta méd. peruana*, 230-238.
- Crespo Domínguez, F., Castellón López, R., Cárdenas, A., & Saavedra de la Cruz, A. (2014). Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*.
- Damosco Crespo, S. (2006). Biogerontología. Santander: Gráficas Calima S.A.
- De Alba, C., Baena, J., De Hoyos, M., & Gorroñoigoitia, A. (2003). Actividades preventivas en los mayores. *Atención Primaria*, 102-120.
- de Andrés, J., Acuña, J., & Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. *Médica Clínica LAS Condes*, 674-686.
- Durán, J. (2012). *Percepción de los adultos y adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el estado*. Cuenca.
- Espejo, J., Martínez de la Iglesia, J., & Aranda JM, J. (s.f.). Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, et al*, 21-35.

- Espinoza Espinoza, Á. (Noviembre de 2016). Evaluación del grado de Autonomía física y cognitiva en actividades avanzadas de la vida diaria en adultos mayores residentes en hogares de ancianos de la región. Nicaragua, Nicaragua.
- Flodin, N. (1984). The senescence of postmitotic mammalian cells: a cell-clock hypothesis. *Mech Ageing Dev*, 15-27.
- Franco Sierra, A. (2017). Calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular en un programa de seguimiento Farmacoterapéutico. *Rev. Méd. Risaralda*, 30-33.
- Gálvez-Cano, M., Chávez-Jimeno, H., & Aliaga-Díaz, E. (2016). UTILIDAD DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 321-327.
- Gómez , M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación. *Psicología*.
- Gómez Redondo, R. (2014). Salud, demografía y sociedad en la población anciana. Alianza Editoria.
- Gomez-Piriz, P., Puga González, E., Jurado Gilabert, R., & Pérez Duque, P. (2014). CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y ESFUERZOS ESPECÍFICOS EN PERSONAS MAYORES. *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte*, 227-242.
- Gutiérrez, L. (2012). Geriatria para el médico familiar. Mexico: Editorial El Manual Moderno.
- Herrera Santí, P., Martínez García, N., & Navarrete Ribalta, C. (2017). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integral*.
- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Quito: INEC.
- INEC. (2010). *Proyecciones Poblacionales*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- INEC. (2011). *Adultos Mayores*. Ecuador.
- INEC. (2014). *ecuadorencifras*. Obtenido de inec.gob.ec
- Krzemien , D. (2004). Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. *Universidad Nacional del Mar de Plata*.

- Landinez Parra, N., Contreras, K., & Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cubana Salud Pública*, 562-580.
- Lehr, U. (2004). Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. . *Revista Española. Geriatria y Gerontología*, .
- León , D., Rojas, M., & Campos , F. (2015). *GUIA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ. HERRAMIENTAS PARA VIVIR MÁS Y MEJOR*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua Programa Adulto Mayor Centro de Geriatria y Gerontología.
- León-Arcila , R., Milián-Suazo , S., & Camacho-Calderón , N. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 277-284.
- Louro Bernal, I., Bayarre, H., & Lauzarique, M. E. (2015). Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. *Rev Cubana Salud Pública*.
- Makinodan, T., & Kay , M. (1980). Age influence on the immune system. *Adv Immunol* , 229-287.
- Martínez Brito, O., Camarero Forteza, O., González Rodríguez, C. I., & Lillevid. (2015). Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del Municipio Jaruco. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS*, 30-41.
- Martínez, I. (2003). aportes de la metodología cualitativa para el estudio de las redes de apoyo y calidad de vida de las personas mayores. *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, (págs. 61-64). Santiago de Chile.
- Martínez, T. (2013). *El decálogo de la Atención Centrada en la Persona*. Obtenido de www.acpgerontologia.com.
- MIES . (2014). *Norma Técnica de población Adulta Mayor*. Quito.
- MIES. (2012). *Agenda de Igualdad para adultos mayores*. Quito: MIES.
- MIES. (Noviembre de 2013). *CIUDADANÍA ACTIVA Y ENVEJECIMIENTO POSITIVO*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Política-Pública.pdf>
- MIES. (2014). *Dirección Población Adulta Mayor*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

- MIES. (2014). *Norma Técnica de Población Adulta Mayor* (1a ed.). Quito, Ecuador.
- Moreno, T. (2016). *Teorías actuales de envejecimiento*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica del Chile.
- MSP. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito: MSP.
- OEA. (15 de 06 de 2015). *CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES*. Obtenido de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- OMS. (1996). *La gente y la salud. Calidad de Vida*. OMS.
- OMS. (2012). *Desafíos sanitarios planteados por el envejecimiento de la población.*, (págs. 77-156).
- OMS. (2012). *LA BUENA SALUD AÑADE VIDA A LOS AÑOS*. Washigton: OMS.
- OMS. (2014). http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255. Obtenido de oms.org: oms.org
- OMS. (Febrero de 2017). *La Depresión*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OPS. (marzo de 2012). *Envejecimiento y ciclo de vida, datos interesantes acerca del envejecimiento*. Obtenido de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (10 de Agosto de 2014). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad*. Obtenido de <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcom>
- Perez, G. (2004). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.S.L.
- Pérula de Torres, L., Martínez de la Iglesia, J., Espejo, J., & Rubio, M. (1997). Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos. *Aten Primaria*, 425-433.
- Poblete-Valderrama, F., Matus Castillo, C., & Díaz Sandoval, E. (2015). *DEPRESIÓN, COGNICIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ACTIVOS*. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 71-77.

- Pontificia Universidad Católica de Chile. . (2013). *Manual de Geriátría. Cap. I aspectos socio demográficos del envejecimiento*. Pontificia Universidad Católica de Chile. , Facultad de Medicina. Santiago de Chile: PUCCh.
- Robles, Y., Saavedra, J., Mezzic, J., Sanz, Y., & Padilla, M. (2010). ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA: VALIDACIÓN EN UNA MUESTRA PERUANA . *Anales de Salud Mental*, 33-43.
- Rodríguez, P., & Valdivieso, C. (2008). *Los servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de ayuda para auxiliares geriátricos*. Buenos Aires: Panamericana.
- Rubio, H. R. (2015). *Solidaridad y calidad de vida en las personas mayores: estudio sobre adultos mayores voluntarios en España y Argentina*. Madrid: Dykinson.
- Sánchez Padilla, L., González Pérez, U., Gonzalez, A., & Bacallao Gallestey, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Rev haban ciencias médicas*.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2002). The concept of quality of life in human services. A handbook for human service practitioners. *American Association on Mental Retardation*.
- SIISE. (2010). *Indicadores Sociales del Ecuador*. Obtenido de <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>
- Steffens , D. (2009). A multiplicity of approaches to characterize geriatric depression and its outcomes. *Curr Opin Psychiatr* , 522-526.
- Stepke, F. L. (2002). *PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES*. Ginebra: OPS.
- Telégrafo. (2011). *En Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores*. Ecuador.
- Varela, L. E. (2015). Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado. *Salud Soc. Uptc*, 2(1).
- Varela-Pinedo, L. C.-J.-R.-S.-C.-V.-D.-F. (2015). Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, 709-716.
- Verdugo Alonso, M., Gómez Sánchez , L., Arias Martínez , B., & Santamaría Domínguez, M. (2013). *Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Barcelona: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

- Warburton, J., Hung, S., & Shardlow, S. (2013). Social inclusion in an ageing world: Introduction to the special issue. *Ageing and Society*, 1-15.
- Ware JE Jr. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 473-83.
- Waterhouse Coopers., P. (2010). Situación del Servicio de Atención Residencial en España. *AESTE S.C.*

ANEXOS

Anexo 1. Glosario de Términos

- **Adulto Mayor:** Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también se les llama de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).
- **Ciclo de Vida.** - Desde un punto de vista biológico es un período que incluye todas las diferentes etapas por las que una especie atraviesa durante su vida, estas etapas son: nacimiento, infancia, adolescencia, adultez y muerte
- **Calidad de vida.** - bienestar en todas las facetas del hombre, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales (comida y cobijo), psicológicas (seguridad y afecto), sociales (trabajo, derechos y responsabilidades) y ecológicas (calidad del aire, del agua).
- **Paradigma.** - Todo aquel modelo, patrón o ejemplo que debe seguirse en determinada situación. Es una teoría o conjunto de teorías que sirve de modelo a seguir para resolver problemas o situaciones determinadas que se planteen.
- **Centro Gerontológico.** – Es una Institución especializada en brindar cuidados especiales e integrales a los adultos mayores
- **Estilo de vida.** - Son expresiones que se designan, de una manera general, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida. Es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas), incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida

típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

- **Envejecimiento.** - Es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.

Anexo 2. Solicitud dirigida al Tutor del Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución N° 001-073 CEAACES -2013-13

INSTITUTO DE POSTGRADO

CONSEJO DIRECTIVO



Oficio 1282-CDIP
Ibarra, 17 de junio de 2017

Magister.
Rosa López
TUTOR/A

De mi consideración:

El Honorable Consejo Directivo del Instituto de Postgrado de la Universidad Técnica del Norte, en sesión ordinaria realizada el 14 de junio de 2017, conoció oficio s/n, suscrito magister Rosa López, mediante el cual solicita la aprobación de proyecto de investigación de cuarto nivel; al respecto, este organismo de acuerdo a lo establecido el Art. 6 literal h) del Reglamento de Postgrado de la Universidad Técnica del Norte; **Resolvió:** Aprobar el tema de investigación "PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, UNA APROXIMACION AL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR CAYAMBE 2017" de autoría de las señoritas CRIOLLO CAPELO MARIA MELANIA estudiante de la maestría en Gerencia en Servicios de Salud (Curso de actualización de conocimientos), a la vez poner en su conocimiento la Disposición General Tercera RGA.- **Aquellos estudiantes que no hayan culminado y aprobado la opción de titulación escogida en el periodo académico de culminación de estudios (es decir aquel en el que el estudiante se matriculó en todas las actividades académicas que requiera aprobar para concluir su carrera o programa), lo podrán desarrollar en un plazo adicional que no excederá el equivalente a 2 periodos académicos ordinarios, para lo cual, deberán solicitar a la autoridad académica pertinente la correspondiente prórroga, el primer periodo adicional no requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel, ni valor similar. De hacer uso del segundo periodo requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel,** pasado este tiempo se someterá a los requerimientos de actualización de conocimientos determinados por la Institución.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines legales pertinentes,

Atentamente;
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Dr. Jorge Guevara E.
SECRETARIO JURIDICO IP

Copia: Maestrante

Anexo: Proyecto

Av. 17 de Julio s-21 y José María Córdova.
Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
Teléfono: (06) 2997800. Casilla 199
www.utn.edu.ec
Ibarra-Ecuador

Anexo 3. Solicitud para realización la Investigación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001- 073 CEAACES - 2013 - 13

INSTITUTO DE POSGRADO

SCIENTIA ET THECNICUS IN SERVITIUM POPULI

Oficio 248 -D
Julio 20, 2017

Licenciado
Luis Freire
**COORDINADOR CENTRO GERONTOLÓGICO
CAYAMBE**


Señor Coordinador:

Solicito de manera comedida se brinde las facilidades y acceso a información requerida de la dependencia que usted acertadamente dirige a la doctora Maria Melania Criollo, egresada de la maestría en Gerencia de los Servicios de Salud, pedido que lo realizo en virtud de que la estudiante se encuentran realizando su proyecto de trabajo de grado orientado a **"PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, UNA APROXIMACIÓN AL CENTRO GERONTOLÓGICO DEL BUEN VIVIR CAYAMBE"**.

Solicito a la vez certifique que la investigación es necesaria y que los resultados de la investigación serán aplicados en la institución de su Dirección.

Por la atención, le agradezco.

Cordialmente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO",


X MSc. Jorge Caraguay P.
DIRECTOR (E)

Marta E. R.

17 de Julio - 17 y José María Costas
Calleón Universidad Técnica del Norte
Teléfono: (05) 2007800 Casilla 198
E-mail: info@un-norte.edu.ec
www.un-norte.edu.ec
Barral - Ecuador

Anexo 4. Aceptación de la Institución

República del Ecuador



MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



CERTIFICADO

Cayambe a 20 de Julio 2017

Por medio de la presente certifico que se dará facilidades y acceso a la información que es requerida por la Dra. Melania Criollo Capelo con CC.100166085-9, para realizar el estudio e investigación de su proyecto de grado orientado a "Percepción de la calidad de vida del Adulto Mayor"; una aproximación al Centro Gerontológico del Buen Vivir Cayambe".

La Investigación es necesaria para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y con los resultados obtenidos e investigados se podrá planificar acciones en beneficio de la población vulnerable residente en el Centro Gerontológico del Buen Vivir Mies-Cayambe.

Atentamente.

Lic. Luis Alberto Freire
COORDINADOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO
RESIDENCIAL MIES-CAYAMBE.



Anexo 5. Instrumento de Recopilación de Información

Formulario SF36 (Health Survey)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



N° de encuesta.

| | |
|--|--|
| Edad | |
| Sexo | |
| Estado civil | |
| Instrucción | |
| Tiempo de residencia en el Centro Geriátrico | |
| Patología | |
| Tiene algún ingreso económico | |
| Tiene familiares. | |

| | Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Mala | |
|---|----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------|------|--|
| En general, usted diría que su salud es.... | | | | | | |
| ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año ? | | | | | | |
| Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted Podría hacer en un día normal. | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita nada | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? | | | | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|-----------|-----------|--|--|--|--|
| jugar a los bolos o caminar más de una hora? | | | | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? | | | | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? | | | | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse? | | | | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más ? | | | | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (más de 200 metros)? | | | | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)? | | | | | | |
| Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? | | | | | | |
| Las siguientes preguntas se refieren a problemas o en sus Actividades cotidianas. | SI | NO | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿ hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física ? | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? | | | | | | |

| | Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho | |
|---|-------------|--------------|--------------|---------------|-----------------|---------------|
| Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? | | | | | | |
| | No, ninguno | Sí, muy poco | Sí, un poco | Sí, moderado | Sí, mucho | Sí, muchísimo |
| ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo o actividades habitual | | | | | | |
| Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Solo alguna vez | Nunca |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------|----------|----------------|------------------|--|
| Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste? | | | | | | |
| ¿Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo se sintió agotado? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado? | | | | | | |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? | | | | | | |
| Por favor, diga si le parece cierta o Falsa | Totalmente cierta | Bastante cierta | No lo sé | Bastante falsa | Totalmente falsa | |
| Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas | | | | | | |
| Estoy tan sano como cualquiera. | | | | | | |
| Creo que mi salud va a empeorar. | | | | | | |
| Mi salud es excelente | | | | | | |

Yo.....; certifico haber sido informado sobre la investigación titulada “Percepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Una aproximación a los Centros gerontológicos del Buen Vivir. Cayambe 2017, que tiene como objetivo “Determinar la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su calidad de vida dentro del Centro Gerontológico de Cayambe, se me ha indicado que mi nombre será protegido y no se publicaran los resultados indicando mi identidad. Por lo que acepto ser parte del estudio

Nombre

CC-----

Firma

Muchas Gracias

Anexo 6. Consentimiento Informado

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Percepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Una aproximación a los Centros gerontológicos del Buen Vivir. Cayambe 2017

Organización del investigador: Universidad Técnica del Norte Instituto de Posgrado

Nombre del investigador principal: Dra. María Melania Criollo Capelo

Datos de localización del investigador principal: 0998883944 – criollomela@gmail.com

| DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO |
|---|
| Introducción: |
| El envejecimiento es un hecho real que se presenta a nivel de todo el mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, tres de cada diez adultos mayores consideran sentirse desamparados y un 38% piensa que su vida está vacía, La Constitución 2008 de la República de Ecuador, reconoce a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria. Este reconocimiento implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas. |
| Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre Percepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor, porque usted es una de las personas que vive en el Centro Geriátrico de Cayambe. |
| Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio). |
| La presente investigación se plantea como un instrumento que visibilice las condiciones en las que los adultos mayores viven, pretende indagar su opinión respecto a la satisfacción de sus necesidades básicas y conocer las demandas que éste grupo población posee, tiene como objetivo Determinar la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su calidad de vida dentro del Centro Gerontológico de Cayambe. |
| Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto) |
| Con cada adulto mayor que vive en el centro geriátrico de Cayambe, en base al formulario SF-36 que es un instrumento validado que mide la calidad de vida, por las condiciones de los adultos, |

| |
|--|
| <p>se realizará una entrevista personalizada. Aproximadamente la entrevista durará alrededor de 30 minutos.</p> |
| <p>Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)</p> |
| <p>No hay ningún riesgo, ya que el cuestionario aborda temas, generales de la vida diaria y el sentir de los adultos mayores. El beneficio que otorga, es contar con una base que permita plantear estrategias para mejorar las condiciones de vida, en el centro geriátrico que contribuya hacer su vida más satisfactoria.</p> <p>Su nombre no será registrado para ello solo se utilizará un código.</p> |
| <p>Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)</p> |
| <p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</p> <p>1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el equipo de investigadores tendrán acceso.</p> <p>2) los datos obtenidos serán utilizadas solo para esta investigación</p> <p>3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.</p> |
| <p>Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)</p> |
| <p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p> |
| <p>Información de contacto</p> |
| <p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 062997800 que pertenece a la Universidad Técnica del Norte, o envíe un correo electrónico a criollomela@gmail.com</p> |

Nombre _____

Firma o huella: _____

PERCEPTION OF THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY. AN APPROXIMATION AT THE WELL LIVING GERONTOLOGICAL CENTER, CAYAMBE 2017.

AUTHOR: María Melania Criollo Capelo
MAIL: criollomela@gmail.com

ABSTRACT

Quality of life of the elderly is a fundamental aspect to the approach of ageing, to aspire not only to live longer years, but to maintain with this the physical, psychological, and social wellbeing of the elderly. This study is aimed to determine the perception of the older adult regarding their quality of life, at the gerontological center in the city of Cayambe. We performed a, descriptive, transversal, non-experimental research the approach was quantitative, socio-demographic variables were measured, health condition, and main characteristics of the subject of study were detailed such as (age, ethnicity, level of schooling , years of permanence in the centers, as well as the main pathologies) using the quality of life and health Questionnaire SF36 (health Survey) as an instrument, this for it being considered a very useful tool at a global level for this purpose. The population was constituted by 33 elderly adults living in a public geriatric center. Among the main results obtained was that the majority of residents are women between 65 and 100 years of age, the group of more prevalence was that of 75 to 86 years. Almost all have health problems, among the most frequent are: cardiovascular problems, and skeletal muscle. On their quality of life it is perceived that it is deteriorated, as the physical function reached an average of 33.78, the overall health an average of 49.69, the mental health 61.63, which are values notably inferior to those reached in studies carried out in Mexico and Spain. It is concluded that the living conditions of older adults who reside in the Gerontological Center of Cayambe, is very deteriorated, so it is recommended to incorporate health promotion activities, prevention and changes in the healthy lifestyle and incorporate if possible to the family in the caring activities, to guarantee the quality of life of the older adult as is their right is.

Keywords: Quality of life, health, elderly

Victor Rodríguez
1215496124



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS DRA. CRIOLLO.docx (D37218863)
Submitted: 4/4/2018 7:02:00 PM
Submitted By: mmalvarez@utn.edu.ec
Significance: 15 %

Sources included in the report:

capitulos tesis correccion urkund 15 febrero.docx (D25757031)
 Trabajo Final CASTILLO & SANCHEZ (20 de sept).docx (D30843592)
 Evaluacion proyecto.docx (D16017933)
 Ritter y Josselin FINAL 1.0 (Primer borrafor final).docx (D30226840)
 TESIS PURIZACA, VALDIVIEZO Y MAURICIO.docx (D30178907)
 TESIS ORIGINAL.docx (D21410638)
 Tesis Lourde Panta 27 de octubre 2015.docx (D15945604)
 23 noviembre 2016 - Tesis APROBADA Maestrante María del Consuelo Ávila Masabanda.docx (D24231446)
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/109034>
<https://es.wikipedia.org/wiki/Senectud>
<http://www.monografias.com/trabajos101/derechos-del-adulto-mayor/derechos-del-adulto-mayor.shtml>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000400003
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000007
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000300003
http://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/download/3974/3426
https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS1.pdf
<https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-2-envejecimiento/>
https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/130221/1/TFG_CleGutT_Evaluacionmediante.pdf
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009
<https://www.slideshare.net/cshuguli/escala-fumat>
http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/159/Nuria_Diaz_Maleny_Ataucusi_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
<http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/264/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/56303/Carlota%20Calvo.pdf?sequence=1>
<http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp