



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CON MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**“ENFERMEDADES CRONICAS QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR DEL CANTON IBARRA EN EL PERIODO 2021.”**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título Magíster en Salud Pública con
Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**

AUTOR:

Milton Fausto Chicaiza Carrera

DIRECTORA:

MSc. María Ximena Tapia Paguay

IBARRA – ECUADOR

2022

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo MSc. María Ximena Tapia Paguay en calidad de directora de la tesis titulada:
“ENFERMEDADES CRONICAS QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR DEL CANTON IBARRA EN EL PERIODO 2021”, de tutoría de
Milton Fausto Chicaiza Carrera. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas
certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.
En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de febrero de 2022

Atentamente:


Directora de tesis

DEDICATORIA

Este trabajo académico agradezco a mi Dios que impulso mis ideales de superación y constancia para afrontar las adversidades que se presentaron en el camino para conseguir cumplir mi meta de titulación además a una persona muy en especial mi hermano Wilo que se encuentra en el cielo que luchó incansablemente contra una enfermedad y que siempre admiró mis logros, a mi familia que se constituye un baluarte de motivación, sacrificio e inspiración para haber tomado la decisión de emprender un nuevo reto en mi vida académica y profesional.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar un agradecimiento muy en especial a todos los Adultos Mayores, a las técnicas promotoras de los Centros Geriátricos, a los dirigentes de las Asociaciones Libres que colaboraron en este estudio de investigación, al personal docente y administrativo del Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte que supieron guiar e impartir los conocimientos para la obtención del título.

A mi tutora de tesis, Magister María Ximena Tapia y asesora Doctora Janet Vaca quienes supieron con su experiencia y conocimientos guiar para la culminación del trabajo de investigación.

A mis compañeros del Patronato de Acción Social del Gobierno Provincial de Imbabura quienes impulsaron un camino de esfuerzo y perseverancia.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA



Instituto de
Posgrado

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1001912413		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Milton Fausto Chicaiza Carrera		
DIRECCIÓN:	Juan Francisco Cevallos y Av. Teodoro Gómez		
EMAIL:	miltonch1000@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	06644876	TELÉFONO MÓVIL:	0998097963
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“ENFERMEDADES CRONICAS QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CANTON IBARRA EN EL PERIODO 2021.”		
AUTOR:	Toapanta Chingo Sonia Maricela		
FECHA:	2022/02/23		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO		
Título por el que opta:	Magister en Salud Pública – Mención Enfermería Familiar y Comunitaria.		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. María Ximena Tapia Paguay		

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de febrero de 2022

EL AUTOR



(Firma).....

Milton Fausto Chicaiza Carrera

C.C.: 1001912413

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	v
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
EL PROBLEMA.....	1
Planteamiento del Problema	1
Antecedentes	2
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Justificación.....	7
MARCO REFERENCIAL.....	9
Marco Teórico	9
Enfermedades Crónicas	9
Enfermedades cardio-vasculares	10
Enfermedades Respiratorias	11
Enfermedades Metabólicas.....	13
Enfermedades Osteomusculares	17
Calidad de vida.....	17

Adulto mayor.....	19
Envejecimiento Activo	21
Marco legal y ético	22
Constitución de la República del Ecuador:	22
Ley Orgánica de la Discapacidad	24
Ley del Adulto Mayor	24
Ley Orgánica de la Salud	25
Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida” 2017 – 2021.....	26
Bioética en enfermería.....	26
MARCO METODOLÓGICO.....	28
Contexto: Descripción del área de estudio.....	28
Enfoque y Tipo de investigación	28
Población y muestra	28
Criterios de inclusión.....	29
Criterios de exclusión	30
Criterios de salida	30
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
Técnica	30
Instrumento.....	30
Escala de Fumat de calidad de Vida.....	31
Puntuaciones directas	31
Puntuaciones Estándar y Percentiles de Cada Dimensión	33
Índice de calidad de vida y percentil del índice de calidad de vida	33
Procesamiento y Análisis de datos	33
Plan de Análisis de Datos.....	34

El enfoque.....	34
Matriz de codificación de datos.....	34
Depuración de errores.....	34
Consideraciones bioéticas	35
RESULTADOS Y ANÁLISIS	36
Conclusiones y Recomendaciones	49
Conclusiones	49
Recomendaciones.....	50
BIBLIOGRAFÍA	51
Apéndices.....	64
Apéndice A.....	64
Apéndice B.....	65
Apéndice C.....	66
Apéndice D.....	67
Apéndice Fotográfico.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población.....	29
Tabla 2. Bienestar Emocional Individual.....	32
Tabla 3. Datos Sociodemográficos	36
Tabla 4. Datos sobre el estado de la vivienda, residencia y servicios básicos.....	38
Tabla 5. Datos sobre ingresos económicos	40
Tabla 6. Datos sobre Estado de Salud del Adulto Mayor.....	42
Tabla 7. Enfermedades Crónicas	43
Tabla 8. Calidad de Vida.....	45
Tabla 9. Índice de Calidad de Vida.....	47

RESUMEN

“ENFERMEDADES CRONICAS QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CANTON IBARRA EN EL PERIODO 2021.”

AUTORA: Milton Fausto Chicaiza Carrera

CORREO: miltonch1000@hotmail.com

En la actualidad existen enfermedades crónicas prevalentes en el adulto mayor que afectan su salud, este trabajo investigativo se lo realizo en el cantón Ibarra, teniendo como objetivo determinar las enfermedades crónicas y la incidencia en la calidad de vida del grupo en estudio, para ello se aplicó un diseño metodológico de tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo con una encuesta que incluía algunas variables sociodemográficas y el test validado de Fumat, a una muestra de 123 adultos mayores de las diferentes organizaciones y centros del adulto mayor en las parroquias de la Esperanza, Caranqui, Salinas, Sagrario y Alpachaca del Cantón Ibarra, en el periodo 2021. Obteniendo como resultados que existe prevalencia de hipertensión, diabetes tipo II y enfermedades metabólicas como el colesterol y triglicéridos fueron las más altas en los adultos mayores, teniendo en cuenta que la situación económica, ocupación y genero son determinantes sociodemográficas que influye primordialmente en la salud y en la calidad de vida. Concluyendo que la enfermedad crónica se constituye un condicionante para la salud de los adultos mayores la misma que se encuentra relacionada con factores sociales, demográficos, y del sistema de salud que afectan la calidad de vida.

Palabras claves: Enfermedad crónica, adulto mayor, calidad de vida.

ABSTRACT

"CHRONIC DISEASES THAT IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN THE CANTON IBARRA IN THE PERIOD 2021."

AUTHOR: Milton Fausto Chicaiza Carrera

EMAIL: miltonch1000@hotmail.com

At present there are prevalent chronic diseases in the elderly that affect their health, this research work was carried out in the Ibarra canton, with the objective of determining chronic diseases and the incidence in the quality of life of the group under study, for this purpose applied a descriptive methodological design with a quantitative approach with a survey that included some sociodemographic variables and the validated Fumat test, to a sample of 123 older adults from different organizations and centers for the elderly in the parishes of La Esperanza, Caranqui, Salinas, Sagrario and Alpachaca del Cantón Ibarra, in the period 2021. Obtaining as results that there is a prevalence of hypertension, type II diabetes and metabolic diseases such as cholesterol and triglycerides were the highest in older adults, taking into account that the situation economic, occupation and gender are sociodemographic determinants that primarily influence in health and quality of life. Concluding that chronic disease constitutes a condition for the health of older adults, which is related to social, demographic, and health system factors that affect quality of life.

Keywords: Chronic disease, elderly, quality of life

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de larga duración que se desarrollan de manera progresiva, si bien, una enfermedad crónica puede afectar en cualquier rango de edad, con el pasar de los años aumenta el riesgo de contraerlas. Las personas adultas mayores sanas conservan su funcionalidad, pero al presentarse un desgaste progresivo en su capacidad y sus funciones físicas, se vuelven más vulnerables a enfermedades y condiciones propias de la edad que pueden llevarlo a la fragilidad y la dependencia (MSP, 2011).

Los adultos mayores por ser considerado un grupo de atención prioritaria y con vulnerabilidad, es importante que la persona sea capaz de llevar una vida independiente, con máximo rendimiento físico, intelectual y social. “La evaluación funcional permite detectar, prevenir e intervenir precozmente en los factores de riesgo que causan deterioro funcional, posibilita el diseño de un tratamiento adecuado e individualizado en cada adulto mayor, eliminando o disminuyendo las causas reversibles de discapacidad, o mediante la rehabilitación y el tratamiento sintomático de las patologías irreversibles” (Gonzales ,2013).

“La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en el aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros” (PUCE, 2011).

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable” (MIES, 2013).

Según (INEC), la población de adultos mayores en Ecuador llegará hasta finales de próximo año a 1,3 millones, eso significa un 33% más que en el 2010, año en que se realizó el último censo de población y vivienda. Ese año la población de adultos mayores en Ecuador se calculó en 988.000 personas. Esto significa que en 2020 habrá 28 adultos mayores por cada 100 niños.

Según el reporte del MIES del 2019 confirma que la ecuatoriana envejecerá en forma acelerada con el pasar de los años, determinando que para el 2020 se calcula que habrá 705.00 mujeres y 606.00 hombres adultos mayores.

La calidad de vida se entiende como una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo: está asociado con la personalidad de la persona con su bienestar, y la satisfacción de la vida que se encuentra relacionada a su propia experiencia, a su salud, a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores (Vera, 2007)

Antecedentes

En el ciclo de vida del ser humano se marca por desarrollo evolutivo orgánico y fisiológico que está determinando por etapas de vida hasta llegar al adulto mayor las mismas que van interrelacionando con ciertos factores en salud, sociales, ambientales, laborales y emocionales determinando consideraciones en su manera como con llevar un estilo de vida saludable y la manera como con llevar las enfermedades crónicas no transmisibles por deterioro orgánico que van afectar a su calidad de vida y un envejecimiento digno.

Un estudio realizado por Lopera J, sobre la temática de “La calidad de vida relacionada con la salud”, destaca la importancia de la evaluación mediante varios instrumentos de la afectación de las enfermedades crónicas no transmisibles, la efectividad de los tratamientos clínicos y la calidad de vida, concluyendo que la prevalencia de estas enfermedades en los últimos tiempos se ha incrementado.

Otra conclusión importante, es que la calidad de vida suele evaluarse a través de auto reportes de los pacientes. Sin embargo, en este artículo se plantea que su subjetividad no logra expresarse en esas escalas, debido al carácter estructurado de esos instrumentos, a la cuantificación de la afectación y a su abordaje transversal. Estos tres aspectos se problematizan en este artículo, para luego proponer un abordaje narrativo, con el que se subsanarían las dificultades asociadas a los instrumentos estructurados (Lopera, 2020).

En otra investigación sobre la “Asociación entre enfermedades crónicas y su limitación funcional de los adultos mayores indígenas de la Comunidad de Zuleta”, que tuvo como objetivo establecer la frecuencia de las enfermedades crónicas y su relación con la limitación funcional de los adultos mayores en un rango de edad desde los 65 años en adelante. Utilizó una metodología correlacional, de alcance descriptivo y cuali-cuantitativo, no experimental, de corte transversal y de campo, en la que se aplicó una guía de observación, mediante una encuesta estructurada con el apoyo de una escala geriátrica de evaluación funcional.

Los resultados obtenidos son: el 71% de género femenino y el 29% masculino; la mayoría está en un 56% de edades entre 75 a 89 años, la enfermedad de mayor prevalencia es Hipertensión arterial 69%, el 14% osteoartritis, el 7% enfermedades cardíacas, el 5% diabetes mellitus, el 3% asma y el 2% insuficiencia renal crónica. En cuanto a limitación funcional, la prevalencia más alta es la visual 92%, el 27% tiene solamente visual; el 24% tiene visual y auditiva, el 12% visual y física; el 12% visual, física y auditiva; el 15% visual, física, auditiva y memoria; no se halló limitación verbal.

Se determinan como factores de riesgo a la deficiente alimentación, la inactividad física, no tienen un control permanente de visitas al médico y el clima. Los pobladores de la Comuna Zuleta en su gran mayoría se ven afectados por enfermedades crónicas que originan limitación funcional, pero esto no les limita en su gran totalidad para realizar las actividades

básicas e instrumentales de la vida diaria; se propuso aplicar medidas de prevención para evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida. (Enríquez, 2015).

Mientras que María, Chiaria (2020) nos presenta en su investigación sobre la “Satisfacción con la vida en la etapa adulta mayor: con la contribución de las relaciones familiares, la autopercepción de salud y la actividad física”, destaca como antecedente, que la medición de la satisfacción de la vida es algo subjetiva que se ve afectada por diferentes aspectos y factores como en la salud cognitiva y física y el funcionamiento social.

Este estudio tuvo como propósito, investigar el impacto de las satisfacciones con los lazos familiares, la educación, el estado de ánimo negativo y la autopercepción con la vida en la edad del adulto mayor. Para lo cual se sometieron al estudio 115 adultos mayores en estado cognitivos intactos en la cual se aplicaron instrumentos de evaluación del estado cognitivos y los medidas autorreferenciales de satisfacción con la vida, teniendo como resultados una conformidad de vida en diferentes etapas de su vida relacionada con los nexos familiares con o sin salud física, además, los participantes más activos físicamente informaron menos síntomas depresivos y una mejor satisfacción con su tiempo ocupado en actividades de ocio que los encuestados más sedentarios.

Como conclusión se menciona que la conexión emocional y la interrelación familiar y un estilo de vida físicamente activo representan los factores protectores más importantes para impulsar la satisfacción de la vida auto-informada en la edad adulta tardía (Chiara, 2020).

En otro estudio de investigación sobre “La Adaptación de la escala de calidad de vida y satisfacción del paciente al contexto ecuatoriano”, realizado en el distrito de Chambo-Riobamba de la provincia de Chimborazo, se menciona que el logro de las funciones esenciales de la salud pública requiere del desarrollo de las acciones sanitarias acordes a las características del contexto sociocultural donde se ejecutan. Las dimensiones calidad de vida

y satisfacción del paciente adquieren una especial importancia en la reducción en la carga pública y familiar por afecciones crónicas.

Para este propósito, se aplicó el método de Delphi, para validar la adaptación de la escala de calidad de vida y satisfacción del paciente al contexto de las unidades operativas de salud, esta escala, en relación al contexto ecuatoriano constituye un instrumento de instrumento de evaluación objetivo que explora la percepción individual del enfermo con relación al estado de salud. El análisis de los resultados obtenidos, del estudio aporta información para el diseño e implementación de intervenciones individualizadas, servirá de referente para que los adultos mayores tengan una atención de calidad y calidez que mejore la calidad de la vida y se disminuya las afecciones de morbilidad por deterioro y desgaste orgánico. (Figueredo Villa, Gafas Gonzáles, Roque Herrera, & Criollo, 2019).

En la investigación que se realizó en Colombia con los adultos mayores sobre “Calidad de la Vida de los Adultos Mayores en Cartagena” en la que se tenía por objetivo determinar los factores asociados con la calidad de vida de los ancianos en Cartagena, en una muestra de 660 personas utilizando los test de Pfeiffer, encuesta sociodemográfica, escala de depresión de Yesavage, cuestionario de salud auto percibida, escala de Barthel, Lawton y Brody, Índice Multicultural de Calidad de Vida, cuestionario Duke- UNC-11.

Participaron 660 adultos mayores, con una edad promedio de 70 años determinando ciertos datos de generales y los de relevancia son una alta prevalencia de apoyo social (89.5 %), sin síntomas depresivos de importancia clínica (86.9%) independencia para realizar actividades básicas (86.3%) y actividades instrumentales de la vida diaria (60.8%), con buena salud (51.4 %), y la calidad de vida relacionado con la salud como excelente (87.4 %) y siendo la patología más frecuente las cardiovasculares en (26.1 %).

En conclusión, la calidad de vida se asoció con la percepción del apoyo social e independencia para realizar actividades instrumentales y de forma negativa para trabajar o tener una pensión. (Vargas, Sherley R, & Melguizo-Herrera, 2017).

En otra investigación realizada en la Provincia de Imbabura en el año 2017, sobre la “Prevalencia de las enfermedades crónicas No Trasmisibles en adultos mayores en la comunidad de Tanguarin”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor de la Comunidad de Tanguarin durante el período 2016 – 2017, para esta investigación de tipo descriptiva – transversal se eligieron a 86 adultos mayores entre las edades de 65 a 70 años de edad que cumplieron los criterios para realizar la investigación, aplicando información e instrumentos del MSP para lo que obtuvieron información tanto en datos sociodemográficos, de morbilidad, conductas de acto cuidado terapéuticos. Este estudio puso a disposición sus resultados a las autoridades de salud, unidades de salud y comunidad para que sirva de parámetro de promoción, prevención en salud para en si poner acciones y prácticas para conseguir una calidad de vida saludable en los adultos mayores (Pazmiño, 2018).

Objetivos

Objetivo General

Analizar las enfermedades crónico no transmisibles que inciden en la calidad de vida del adulto mayor del Cantón Ibarra en el periodo 2021.

Objetivos Específicos

- Determinar las características socio demográficas de la población en estudio.
- Identificar cuáles son las enfermedades crónicas no trasmisibles que afectan al adulto mayor.
- Establecer la calidad de vida del adulto mayor con las enfermedades crónicas.

Justificación

La prevalencia de enfermedades crónicas del adulto mayor que afectan día a día su salud y por consiguiente deterioran su calidad de vida, se encuentran relacionadas con situaciones del entorno familiar, social, y de atención institucional.

Esta etapa trae consigo un conjunto de emociones y percepciones sobre su calidad de vida, en muchas ocasiones se ven relegados, aislados y con falta de atención, por lo mencionado, es necesario considerar al adulto mayor como un ente de sabiduría y experiencia que ha sido forjada con el paso de los años, mereciendo la atención prioritaria de instituciones gubernamentales, privadas y organizaciones de la sociedad civil que bajo el amparo de la constitución y leyes especiales que dan el beneficio con la aplicación de las políticas públicas generadoras de bienestar.

El Adulto Mayor al caminar de sus años ha marcado huellas en su diario convivir que afectan su calidad de vida en salud física, mental, que conllevan al deterioro en su entorno familiar y social. “La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta (Alvares, 2010).

En este sentido, mediante este estudio se buscó determinar las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes de los adultos mayores que producen deterioro orgánico funcional y mental que afectan la calidad de vida en el adulto mayor, correlacionado también con factores sociodemográficas que pueden ser causales indirectamente y pueden incidir en su salud

La investigación, se realizó en diferentes centros de los adultos mayores del cantón Ibarra de atención diurna permanente, las que se encuentran patrocinadas por el MIES y GADS parroquiales rurales y los grupos de las organizaciones de los barrios y parroquias urbanas las mismas que son de libre asociación que se encuentran bajo la atención del

Patronato de Acción Social del Gobierno Provincial de Imbabura como el centros del adulto mayor en las parroquias de la Esperanza , Salinas y los grupo del adulto mayor “Luz y Vida” , “Amor y Paz” de la parroquia de Alpachaca y el centro del adulto mayor del Divino Niño de la parroquia San Francisco y Caranqui en el periodo 2021. Se aplicó instrumentos para conocer información sociodemográfica, de las enfermedades crónicas y valoraciones de la calidad de vida con la escala de Fumat que mide en 8 dimensiones en un entorno integral del adulto mayor, la información recopilada tiene como propuesta es mejorar la calidad de vida asegurar un envejecimiento saludable.

Teniendo como aporte buscar alternativas y acciones, que involucre un proceso adecuado de prevención y promoción de salud, además, la protección y restitución de los derechos de la población adulta mayor dentro de un entorno familiar, comunitario, social que atienda las necesidades bio-psico-sociales y culturales, para la promoción del envejecimiento digno.

Los resultados y los accionares beneficiarán directamente a los adultos mayores y en forma indirecta a cuidadoras, promotoras o técnicas de los centros gerontológicos lo que optimizaría el cuidado de este grupo de estudio, mejorando su estado de salud y calidad de vida, de tal manera contribuya con un aporte y como herramienta en sus actividades con los adultos mayores y de otra manera para futuras investigaciones.

Considerando que este grupo etario pertenece a los grupos de atención prioritaria y con vulnerabilidad que se encuentran amparados en la constitución, leyes del adulto mayor las mismas que promulgan el derecho a la salud a la protección y la seguridad.

MARCO REFERENCIAL

Marco Teórico

Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial. Lo son por varias razones: el gran número de casos afectados con sus consabidas tasas de incidencia cada vez más crecientes, su gradual contribución a la mortalidad general, porque son la causa más frecuente de discapacidad, por el costo elevado de la hospitalización, el de su tratamiento médico y el de su posterior rehabilitación. Su emergencia como problema de salud pública sigue siendo el resultado de varios factores: cambios sociales, culturales, políticos y económicos que modificaron el estilo y condiciones de vida de un gran porcentaje de la población. Unos, trajeron el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional; otros, desafortunadamente trajeron a muchas poblaciones mayor miseria y restricciones para acceder a los sistemas de salud (Serra, 2018).

Las enfermedades crónicas, se definen como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo, con algunas excepciones su origen no es contagioso (Martinez R. , 2010).

Según la OPS, menciona que las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

La clasificación de las enfermedades crónicas Según la Organización Mundial de la Salud, para el año 2030 las cuatro causas principales de muerte a nivel mundial serán enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad cerebrovascular (ACV), enfermedad pulmonar, obstrucción crónica e infecciones de las vías respiratorias inferior, principalmente neumonía. Se prevé que las muertes totales atribuibles al tabaco aumenten de 5,4 millones en 2004 a 8,3 millones. En nuestro continente aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se atribuye a las ECNT.

Los problemas principales (cardiopatía, episodios cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) son causados por factores de riesgo como la hipertensión, el azúcar sanguíneo elevado, la hiperlipidemia, y sobrepeso/obesidad, que a la vez son el resultado de regímenes alimentarios no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol (Martinez R. , 2010).

Enfermedades cardio-vasculares

- **Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para las cardiopatías y su prevalencia va en aumento en todos los países de la región. Las características de la alimentación con alto contenido en grasas saturadas, azúcares y sal y la baja ingesta de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres y la poca realización de actividad física son factores clave en el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

La presión arterial muestra un incremento progresivo con la edad y el modelo de hipertensión cambia, se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos, incrementado la presión de pulso que constituye un predictor muy fuerte para el desarrollo de eventos cardiovasculares (Salazar , 2016).

Como hecho fisiológico la presión arterial sistólica (PAS) se eleva en forma lineal a lo largo de los años por aumento en la rigidez de las paredes arteriales. La presión arterial diastólica (PAD) se eleva hasta los 50 años aproximadamente. Esto explica que la hipertensión arterial sistólica sea la forma más prevalente en adultos mayores “El envejecimiento conlleva un deterioro armónico en la función de todos los órganos y tejidos que no constituye un estado mórbido, solo el envejecimiento fisiológico que es una parte normal de nuestra vida. La capacidad funcional de todos los órganos y tejidos disminuye armónicamente llevándonos a una progresiva reducción de nuestra capacidad funcional y expectativa de vida con el paso de los años” (Barreto , 2017).

Hipertensión arterial es reconocida como una enfermedad y también un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales y otros órganos dianas, el desarrollo de la prevención, control y educación de los factores de riesgo de la HTA conforman la medida sanitaria más importante y menos costosa. Esta enfermedad tiene amplia repercusión en el orden personal, económico, social y sanitario por lo cual el control de las cifras de tensión arterial es un desafío y prioridad para todos los sistemas sanitarios, con mayor significación en el adulto mayor”

Enfermedades Respiratorias

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las infecciones respiratorias agudas (IRAS), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la tuberculosis y el cáncer pulmonar son las principales causas de muerte en todo el mundo. De igual manera, se ha registrado un incremento en la morbimortalidad por estos cuatro padecimientos más neumonía y asma. En la actualidad las IRAS, asma, tuberculosis y EPOC suman 300 millones de casos al año aproximadamente a nivel mundial.

Las enfermedades respiratorias representan una causa potencial de morbilidad, mortalidad e invalidez para las personas mayores debido a que su organismo es más

susceptible a los problemas respiratorios. El aparato respiratorio tiene una gran probabilidad de afectarse en pacientes geriátricos, debido a que el sistema inmunológico de la vía aérea es más sensible en los pacientes de esa edad (INGER, 2019).

- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

La OMS, define que, La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire. Los síntomas empeoran gradualmente y la disnea, que es persistente y al principio se asocia al esfuerzo, aumenta con el tiempo hasta aparecer en reposo. Es una enfermedad que no siempre se llega a diagnosticar, y puede ser mortal. A menudo, también se utilizan los términos «bronquitis crónica» y «enfisema» para referirse a ella.

Dentro de las enfermedades que con mayor frecuencia afectan a los ancianos se encuentra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que tiene un carácter progresivo e irreversible y está asociada a la triada de la disnea, la limitación del ejercicio y el evidente deterioro en la calidad de vida. La EPOC se asocia a una disnea incapacitante, intolerancia al ejercicio y una morbilidad y mortalidad significativas. La disnea y la fatiga muscular durante el esfuerzo son los factores fundamentales que determinan la limitación funcional en la EPOC (Pedroso & Bravo , 2019).

El principal factor de riesgo asociado al desarrollo de la EPOC es el humo del tabaco, por lo que se debe dudar del diagnóstico si no existe este antecedente de exposición. La inhalación de otras partículas procedentes de la polución ambiental o de ambientes ocupacionales podrían tener cierto papel aditivo. Es posible que existan factores genéticos aún desconocidos que puedan explicar por qué sólo un 25% de los fumadores desarrollan la EPOC, aunque el único conocido es el déficit hereditario de alfa-1-antitripsina, un inhibidor de proteasas séricas cuya falta provoca enfisema pulmonar y es responsable únicamente de un 1% del enfisema (Fernandez, Garcia, & Marin, 2019).

Enfermedades Metabólicas

El tiempo modifica los procesos biológicos. La longevidad se caracteriza por cambios progresivos, que dependen de aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales; esto provoca que en los diferentes órganos y sistemas se produzcan algunos cambios en la homeostasis, en la inmunidad, en el sistema digestivo, endócrino, génito-urinario, pulmonar, cardiovascular (Terán, 2016).

Por el contrario, un elevado consumo de alimentos en relación a las necesidades, de carbohidratos y de grasas, provocan enfermedades por exceso (obesidad) que, sumado a la disminución de la actividad física y del metabolismo, produce una baja en el consumo de energía y tendencia al aumento de peso; problemas que generan complicaciones tales como: enfermedad pulmonar, trastornos del sueño, enfermedades cardíacas, dislipidemia, diabetes mellitus, entre otras (Terán, 2016).

- **Deslipidemias**

Según la OMS la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados y se estima que entre los años 2000 y 2050, la población mundial adulta mayor (más 65 años) se duplicará, pasando del 11% al 22%. Este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. En el Ecuador el porcentaje de población adulta mayor corresponde al 6.7% de ecuatorianos

La dislipemia o dislipidosis, entendida como alteración del metabolismo de las grasas en nuestro organismo determinado como parte de un complejo sindromático, es sumamente frecuente en el adulto mayor. Numerosas causas predisponen a este estado; además de factores individuales inmodificables como edad, sexo o predisposición genética, podemos contabilizar el sedentarismo, una inadecuada alimentación en calidad o cantidad en relación a las necesidades energéticas del organismo, alteración endócrina clínica o subclínica como:

hipotiroidismo, Cushing, intolerancia a los hidratos de carbono o diabetes), secundarismos de tratamientos farmacológicos (Bevaqua, 2016).

La hiperlipemia es el incremento de las lipoproteínas circulantes y se traduce por un aumento de los niveles de colesterol o triglicéridos plasmáticos o de ambos. Esto se debe a la producción excesiva o a la catabolización insuficiente o defectuosa de una o más lipoproteínas. Se manifiesta el hipercolesterolemia límite cuando las cifras de colesterol total se encuentran entre los valores de 200-249 mg/dl; mientras que cuando la enfermedad es de tipo definida, el colesterol total muestra cifras > 250 mg/dl (6,22 mmol/l) (Chang, 2020).

De acuerdo a su etiología existen diferentes tipos de dislipidemia: dislipidemia primaria causada por alteraciones genéticas, responsables de enfermedades como hipercolesterolemia familiar, hipercolesterolemia aislado, hiperlipidemia familiar combinada, hipercolesterolemia poligénico, hipertrigliceridemia aislada, deficiencia de la lipoproteinlipasa, y deficiencia de la Apo C II. Dislipidemias secundarias: a obesidad, diabetes, hipotiroidismo, colestasis, insuficiencia renal y síndrome nefrótico, por cambios en la cantidad o calidad de la dieta y el abuso de algunas drogas y dislipidemia mixta: por defectos genéticos que son modificados e incrementan el riesgo por factores ambientales (Esparza & Arias, 2019).

Las enfermedades crónicas no transmisibles como trastorno orgánico o funcional precisan de modificación en el modo de vida del paciente. Esta situación contempla tanto los aspectos médicos como sociales, debido a la repercusión sobre la salud. Las enfermedades cardiovasculares son las que prevalecen con elevada morbilidad y mortalidad.

- **Obesidad**

En circunstancias en que el suministro de alimentos no es constante, la capacidad de almacenar la energía excedente es esencial para la supervivencia; es así que los adipocitos, presentes en múltiples depósitos de tejido adiposo están adaptados para acumular con eficacia

este exceso de energía en forma de triglicéridos para liberarlos en caso de necesidad, mecanismo fisiológico que es regulado a través de vías endocrinas y nerviosas, que le permiten al ser humano sobrevivir a la falta de alimentos. Sin embargo, cuando los nutrientes son abundantes y la forma de vida es sedentaria este sistema incrementa los depósitos de energía del tejido adiposo, con consecuencias adversas para la salud cardiovascular (Terán, 2016).

OPS, manifiesta que se considera que un adulto está en sobrepeso si tiene un índice de masa corporal (IMC) de entre los 25 y 29,9 kg/m² y es obeso si posee un IMC superior a 30 kg/m². Algunas investigaciones han demostrado una sólida relación entre la obesidad y la diabetes. De este modo, el aumento del IMC se asocia con un mayor riesgo de sufrir diabetes, así como, la obesidad abdominal se ha convertido en un factor predictivo fiable de sufrir esta enfermedad.

- **Diabetes Mellitus**

La OMS, nos indica que la diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina. Con el tiempo, la diabetes conduce a daños graves en el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

Según la OPS, hay tres tipos principales de diabetes. La más común es la diabetes tipo 2, representa del 85% al 90% de los casos y se manifiesta generalmente en adultos, cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional. La diabetes tipo 1, antes conocida como diabetes juvenil o diabetes insulino dependiente, es una afección crónica en la que el páncreas produce poca o ninguna insulina por sí mismo. Para las personas que viven con

diabetes, el acceso a un tratamiento asequible, incluida la insulina, es fundamental para su supervivencia.

El Síndrome Metabólico se caracteriza por la presencia de prediabetes en conjunción con otro factor de riesgo para enfermedad cardiovascular (CVD), como hipertensión, la obesidad parte superior del cuerpo o dislipidemia.

Alrededor del 20-25% de las personas mayores de 65 años tienen diabetes, y se espera que esta proporción aumente rápidamente en las décadas venideras. La presencia de diabetes, disminuye la posibilidad de un envejecimiento exitoso. Las personas mayores con diabetes tienen tasas superiores de muerte prematura, incapacidad funcional y otras patologías, como hipertensión, enfermedad coronaria y accidente cerebro vascular (ACV), que aquellas sin diabetes. También tienen mayor riesgo de sufrir polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, incontinencia urinaria y caídas. (Soengas, 2017).

El diagnóstico de diabetes mellitus a cualquier edad se debe establecer cuando ocurran síntomas de hiperglucemia como: Polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso, acompañado del resultado de una glicemia en cualquier momento del día 200 mg/dL, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida o con los siguientes criterios bioquímicos:

- Hemoglobina glucosilada (HbA1c) \geq a 6.5%.
- Glucosa en ayuno mayor o igual a 126 mg/dL (Ayuno al menos de 8 horas).
- Glucosa en plasma a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dL después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (Según la técnica descrita por la OMS, por medio de una carga de glucosa anhidra de 75 gr. disuelta en agua).
- Síntomas de hiperglucemia y glucemia mayor o igual a 200 mg/dL, en cualquier momento del día.

Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga o somnolencia, letargia, deterioro

cognoscitivo, pérdida de peso, incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios y alteraciones del estado conciencia (IMSS, 2016).

Enfermedades Osteomusculares

Las enfermedades discapacitantes crónicas tienen una mayor frecuencia en los ancianos; siendo las enfermedades músculo-esqueléticas en muchas ocasiones causa de esta discapacidad. Entre el 60-80 % de los ancianos en algún momento presentan algún tipo de dolor músculo-esquelético y pese a esta gran prevalencia, la mayoría de los médicos subestima la importancia de la evaluación y el manejo del dolor en los pacientes de edad avanzada y lo consideran parte natural del envejecimiento, sin recordar que el dolor puede influir en el estado de ánimo, el funcionamiento físico y las interacciones sociales, por lo que su abordaje y manejo debe ser multidimensional y multidisciplinario (Fernandez J. C., 2015).

Las causas de dolor músculo-esquelético en el anciano son múltiples, ya sea por una enfermedad crónica o por problemas reumatológicos que son más frecuentes a esta edad.^{6,7} Entre las patologías músculo-esqueléticas a considerar en esta etapa de la vida se encuentran la osteoporosis, la osteoartritis, la sarcopenia, el reumatismo de tejidos blandos, la fibromialgia, las artropatías por cristales, el lupus eritematoso sistémico de inicio tardío, la polimialgia reumática y la artritis reumatoide (Fernandez J. C., 2015).

Calidad de vida

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Watanabe, 2014).

Se parte de un concepto teórico de calidad de vida formulado por Fernández-Ballesteros (1992) que plantea las siguientes asunciones: Aunque la calidad de vida en la tercera edad, cualquiera que sea el contexto de referencia mantiene aspectos comunes, comparativamente con otros grupos de sujetos, la calidad de vida en personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores importantes en otros grupos de edad, por ejemplo, referidos al trabajo y donde existen otros idiosincráticos que tiene que ver con el mantenimiento de las habilidades funcionales o de auto cuidado (Nápoles, 2014).

La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: El valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias. Existe, por tanto, consenso en que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros (Varela , 2016).

Para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable, condición que comienza mucho antes de los 60 años. Esta, solo puede obtenerse al desarrollar desde edades tempranas hábitos, estilos de vida saludables y con la prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en posibilidades de mantenerse libre de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desemboca en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el crecimiento de la población más vieja conduzca a una creciente demanda de servicios sociales y de salud (Villafuerte, 2017).

Existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (Gómez, 2014).

Adulto mayor

Envejecimiento

Según la OMS, el aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Abordar el tema del envejecimiento y de la vejez supone reconocer que estamos frente a una realidad compleja en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. La vejez entendida como un período de la vida y como parte del proceso mismo de envejecimiento, ocurre en un sujeto particular y único, por lo cual la modalidad de envejecimiento no se puede generalizar a partir de los cambios que ocurren sólo a nivel físico, pues cada sujeto interpreta éstos cambios de acuerdo a sus esquemas mentales, su estructura de personalidad, creencias, valores, los procesos de socialización a los que ha sido expuesto y al lugar que ocupa dentro de un contexto social y ecológico particular. El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Se lo ha definido como: “Un deterioro

progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad.” (Martinez , Mitchell, & Aguirre, 2013).

Enuncian (Martinez , Mitchell, & Aguirre, 2013), Las teorías basadas en factores externos o también denominadas “Ambientalistas”, tienen en cuenta todos aquellos factores del medio ambiente que, actuando sobre el organismo, reducen su capacidad para sobrevivir a las agresiones. Por ejemplo: cambios en el estilo de vida, en la nutrición, en el consumo de drogas, en la contaminación atmosférica, en el agua, etc. Las teorías basadas en factores internos, tratan de explicar el envejecimiento por causas inmunológicas, celulares, endocrinológicas y genéticas.

- **Teoría Inmunológica**

Sostiene que a medida que avanzan los años, el sistema inmunológico resulta menos efectivo para proteger o defenderse de las enfermedades. Llega un momento en que este sistema pierde la capacidad de distinguir la presencia de agentes invasores externos de los elementos del propio organismo y en consecuencia es el que ataca y destruye el funcionamiento biológico natural.

- **Teoría Celular**

Sostiene que el envejecimiento biológico es causado por la pérdida de información acerca del metabolismo y reproducción celular. Contenida en el ADN. Por este motivo las células dejan de dividirse, envejecen y pierden su función. Teoría Endocrinológica: el envejecimiento es el resultado de los cambios que se producen en la liberación de hormonas del cuerpo humano, por ejemplo, la pérdida de estrógenos que se produce durante la menopausia en las mujeres.

- **Teoría Genética**

Postula que todas las especies tienen una cantidad de vida programada y las condiciones ambientales participan modificando en más o en menos los años que nos fueron genéticamente asignados al momento de nacer.

- **Teoría de los Radicales Libres**

(Harman 1988). Teoría ampliamente analizada. Los radicales libres son moléculas con un electrón libre o no apareado. Este radical libre va reduciendo la eficiencia celular y provoca la acumulación de productos de desecho en la célula. Pueden producirse por la radiación, el extremo calor o por reacciones oxidativas. Pueden a la vez formarse en cantidades reducidas como parte integrante del metabolismo normal de la célula. Son altamente reactivos y su acumulación afecta la membrana celular y otros componentes de la célula, acelerando el proceso de envejecimiento.

- **Teoría del Error Catastrófico.**

A medida que se avanza en edad, se van produciendo errores en la síntesis proteica, de tal forma que la célula con el tiempo se hace inviable. Como conclusión podríamos decir que no existe una teoría que por sí sola explique el fenómeno del envejecimiento. Probablemente, envejecer sea la consecuencia de una serie de factores intrínsecos y extrínsecos, que interactúan a lo largo del tiempo sobre un organismo con una carga genética determinada, produciendo un debilitamiento del homeostasis que culmina con la muerte.

Envejecimiento Activo

El envejecimiento activo definido en 1999 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

El aumento de la esperanza de vida, se ha potencializado fundamentalmente por la prevención y disminución de las enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil y perinatal,

así como el desarrollo de programas de promoción de salud, la ejecución de pesquisajes de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, obesidad y diabetes mellitus) y, los factores de riesgo modificables tales como tabaquismo, sedentarismo, malnutrición o falta de acceso a los servicios de salud, contribuyen sustancialmente, al deterioro global asociado al envejecimiento. Los factores antes mencionados influyen negativamente en la calidad de vida de los ancianos y por ende del disfrute de un envejecimiento activo y saludable (Torres & Castillo, 2011).

Marco legal y ético

Desde esta perspectiva, la Salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir justificado bajo un sustento legal:

Constitución de la República del Ecuador:

Art. 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad

y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las p en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 38, dispone: “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

Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

- La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.*
- La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas. (Ecuador A. N., La Constitución de la República del Ecuador., 2008).*

Ley Orgánica de la Discapacidad

Art. 1.- Objeto. - La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural. (Ecuador A. N., Ley Organica de Discapacidades, 2012).

Ley del Adulto Mayor

Art. 9.- Deberes del Estado. Corresponde al Estado los siguientes deberes:

- a) Elaborar y ejecutar políticas públicas, planes y programas que se articulen al Plan Nacional de Desarrollo, enmarcadas en la garantía de los derechos de las personas adultas mayores, tomando como base una planificación articulada entre las instituciones que integran el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.*
- b) Garantizar el acceso inmediato, permanente, y especializado a los servicios del Sistema Nacional de Salud, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable y a la prevención y el tratamiento prioritario de síndromes geriátricos, enfermedades catastróficas y de alta complejidad.*
- c) Garantizar la existencia de servicios especializados dirigidos a la población adulto mayor que brinden atención con calidad y calidez en todas las etapas del envejecimiento;*

d) *Acceso a los diversos programas de alimentación y protección socioeconómica que ejecuta la autoridad nacional de inclusión económica y social.*

Derecho a la vida digna. Garantizar la protección integral que el Estado, sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito de lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal. Para asegurar el derecho a una vida digna, a todas las personas adultas mayores se les asegurará el cuidado y protección de sus familiares, para lo cual, en caso de no existir consenso entre los obligados, el juez de familia, mujer, niñez y adolescencia, dispondrá su custodia y regulará las visitas. En todos los casos se respetará la opinión de la persona adulta mayor, cuando esté en capacidad de emitirla. El Juez podrá impartir medidas de protección hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, de conformidad a lo establecido en la presente Ley y su Reglamento. (Ecuador P. d., 2019).

Ley Orgánica de la Salud

Art.6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

3) Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones de salud.

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. (Salud, 2012)

Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida” 2017 – 2021

Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

“La aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles. Esta visión exige el desarrollo de redes de servicios de salud enfocados en las necesidades de sus usuarios, acorde con la edad y la diversidad cultural y sexual” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017).

Bioética en enfermería

Los principios de bioética son normas básicas que deben guiar en la práctica profesional de enfermería:

Autonomía: se ve reflejado en la potestad de respetar las decisiones de los pacientes en relación con sus valores y preferencias personales y obliga a los profesionales de la salud a decir la verdad en todo momento de la relación clínica, respetar su vida privada, proteger la información confidencial y obtener el consentimiento para cualquier tipo de intervención sobre los pacientes.

Beneficencia: se encuentra basado en la responsabilidad de causar el bien, maximizando la autonomía, forma de vida, valores y deseos, tanto de la familia como del paciente.

No maleficencia: fue acuñado en la medicina hipocrática y basado en una medicina paternalista, anteponiendo ante todo el no hacer daño a los pacientes (58).

Justicia: se fundamenta en la distribución equitativa de beneficios desde el punto de vista del bienestar vital, evitando en todo momento la discriminación en el acceso a los recursos para la protección de la salud (Bioética, 2016)

MARCO METODOLÓGICO

Contexto: Descripción del área de estudio

El estudio se realizó en los diferentes centros del adulto mayor del cantón Ibarra que se encuentran bajo la atención del Patronato de Acción Social del Gobierno Provincial de Imbabura como los centros del adulto mayor en las parroquias rurales de la Esperanza, Salinas que están bajo auspicio de los Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales (GADs) y el Ministerio de Inclusión Social (MIES), los grupos de asociación libre barrial del adulto mayor “Luz y Vida”, “Amor y Paz” de la parroquia urbana de Alpachaca y el centro del adulto mayor del Divino Niño de la parroquia San Francisco y Caranqui en el periodo 2021.

Enfoque y Tipo de investigación

El diseño de la investigación es descriptiva, no experimental y con un enfoque cuantitativo para determinar las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores y su relación con la calidad de vida, para lo que se aplicó la encuesta con su respectivo cuestionario, y el test de Fumat la misma que su validación ya está establecida mediante juicio de expertos, además este estudio es de corte transversal porque se lo realiza en un solo tiempo, lo que permitirá cumplir los objetivos propuestos mediante el análisis de los resultados.

Además, es una investigación de campo por tener que desplazarse a los centros del adulto mayor en diferentes parroquias urbanas y rurales del cantón para obtener información requerida.

Población y muestra

La población para el presente estudio son los adultos mayores del Cantón Ibarra, que están trabajando en conjunto con el Patronato Provincial de Imbabura, el número son 180 adultos mayores comprendidos con los grupos anteriormente mencionados.

Se aplica el muestreo estratificado ya que se insertaron dentro de la investigación adultos mayores que cumplían con ciertas características de similitud, los cuales fueron escogidos de cada uno de los grupos anteriormente descritos.

Aplicando la fórmula cálculo muestral obteniéndose una muestra, de 123 adultos mayores de distintos lugares geográficos del cantón Ibarra que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión para el estudio,

Fórmula:

$$n = \frac{N * Z_2 * p + q}{d^2 * (n-1) + Z_2 * p * q}$$

Tabla 1.

Población

Ítems	Nombre de los grupos del Adulto mayor	Nº de personas encuestadas
1	Grupo del Adulto Mayor de la Esperanza	40
2	Proyecto del adulto mayor Salinas	30
3	Divino Niño Ibarra y Naranjito	40
4	Luz y Vida - Alpachaca	10
5	Amor y Paz - Alpachaca	3
TOTAL		123

Fuente: datos del Adultos mayores de los Gobiernos Autónomas descentralizados parroquiales y las Organizaciones de Asociación Libre

Criterios de inclusión

Adultos mayores de asistan permanentemente a los centros, y a sus respectivas organizaciones barriales que estén dentro de las edades de 65 años en adelante, con predisposición de colaborar en la investigación y que tengan condiciones físicas y mentales adecuadas para responder a la encuesta.

Criterios de exclusión

Adulto mayor que no tengan la predisposición de colaboración en la investigación, y con alguna limitación física y mental.

Criterios de salida

Los adultos mayores que por circunstancias de salud, fallecimiento o cambio de domicilio tendrán que abandonar la investigación

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las encuestas se realizaron en base a los instrumentos de salud y los test de calidad de vida para Adulto Mayor con la escala de Fumat, Los resultados fueron procesados mediante, los respectivos procedimientos estadísticos los mismos serán representados en cuadros o gráficos con sus respectivos análisis según correspondan.

Técnica

En la obtención de los datos respectivos de la investigación se aplicó la técnica de la encuesta, diseñando un instrumento estructurado, que facilitó la obtención de la información de modo rápido y eficaz que permitió el procesamiento de los datos, además de permitir el cumplimiento de los objetivos propuestos, para reunir la información se procedió a desplazarse a campo y a los centros del adulto mayor del cantón.

Instrumento.

Para plasmar la recolección de la información que se obtenga en la aplicación del método de la encuesta y un buen direccionamiento a los sujetos de estudio se obtuvo datos confiables por intermedio de un instrumento debidamente validado del Test de Fumat que mide la calidad de vida del adulto mayor que contempla 8 dimensiones de estudio con 57 indicadores o preguntas.

Para obtener información de las otras variables como las enfermedades crónicas no transmisibles y características sociodemográficas se diseñó un instrumento que contemple una información requerida.

Con el propósito de determinar cómo las enfermedades crónicas inciden en la calidad de vida en el adulto mayor, bajo la medición de las ocho dimensiones que componen la escala Fumat (bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación y derechos), se realizó el cruce de variables para poder visibilizar su aplicabilidad consideradas en esta investigación, esto permitió la evaluación del índice de calidad de vida (ICV) y sus variables asociadas que cumplan con los siguientes criterios:

Escala de Fumat de calidad de Vida

En el análisis de la variable de calidad de vida es medida por la escala de Fumat que consta de 57 preguntas que consta de 8 dimensiones, que son: Bienestar emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social, Derechos, la misma que se responde con una escala de respuestas de cuatro opciones y contestar con una escala de Likert con puntuación de 1 a 4 valorando todos los ítems de las dimensiones para luego sacar una puntuación directa total por dimensiones cada una de ellas tiene su puntuación, para obtener la puntuación estándar y los percentiles (Verdugo Alonso, Gómez Sánchez , & Arias Martinez, 2009).

Puntuaciones directas

Para conseguir obtener la puntuación directa total en cada una de las dimensiones del test de Fumat se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen, tal y como se muestra en el ejemplo en la tabla 2.

Tabla 2.*Bienestar Emocional Individual*

	BIENESTAR EMOCIONAL	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	FRECUENTE - MENTE	ALGUNAS VECES	NINGUNA O CASI NUNCA
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
PUNTUACIÓN DIRECTA TOTAL				26	

Fuente: Evaluación de calidad de Vida en personas mayores - Escala de Fumat. Autor: Miguel A. Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez, Benito Arias Martínez

Este mismo procedimiento se tabula las 123 encuestas que se aplicó para esta investigación. Con el fin de obtener las puntuaciones directas individual. Siguiendo con el procedimiento una vez que se ha obtenido las puntuaciones directas individuales, se procede a obtener las puntuaciones directas promedio y anotamos en la tabla de resumen de puntuaciones (Verdugo Alonso, Gómez Sánchez , & Arias Martinez, 2009).

Puntuaciones Estándar y Percentiles de Cada Dimensión

Para las puntuaciones estándar existe una tabla de baremos, con ella se localiza la puntuación estándar y el percentil correspondiente a la puntuación directa total de cada una de las dimensiones. Las puntuaciones estándar, como ya se señalaron, establece la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación.

Los percentiles, indican el porcentaje de personas que tiene una puntuación superior o inferior

Una vez localizada en la tabla (Apéndice A) la puntuación directa total, en la misma fila de la primera columna encontrará la puntuación estándar normalizada y en la última columna el percentil correspondiente a esa puntuación directa. Es necesario anotar todos esos valores en las columnas correspondientes, Resumen de puntuación. Tanto en el caso de las puntuaciones estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida (Verdugo Alonso, Gómez Sánchez , & Arias Martínez, 2009).

Índice de calidad de vida y percentil del índice de calidad de vida

Para obtener el Índice de Calidad de Vida se han de sumar las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y se registra el resultado en la casilla ‘Puntuación Estándar Total (suma)’. Obteniendo el valor del Índice de Calidad de Vida’ (o puntuación estándar compuesta) mediante la tabla que se incluye en el Apéndice B. En dicha tabla deberá localizar la puntuación estándar total; en la misma fila, en las dos columnas de la derecha, encontrará el Índice de Calidad de Vida y su percentil (Verdugo Alonso, Gómez Sánchez , & Arias Martínez, 2009).

Procesamiento y Análisis de datos

Los resultados fueron procesados mediante, los respectivos procedimientos estadísticos los mismos serán representados en cuadros o gráficos con sus respectivos análisis según correspondan.

Plan de Análisis de Datos

El enfoque

El estudio tiene el carácter descriptivo para lo cual se obtendrá como resultado las frecuencias y los porcentajes en este tipo de estudio en las variables de carácter cualitativa como son la información sociodemográfica y lo de carácter inferencial que analiza los datos cuantitativos.

Según el procedimiento para el análisis se tendrán los siguientes pasos;

Matriz de codificación de datos

La información que se obtenga del instrumento de recolección de datos de las variables sociodemográficas, enfermedades crónicas, la establecida para calidad de vida como es la escala de Fumat, se realizó en un programa de Excel en el cual se ordenó en columnas, filas los datos y las variables para el procesamiento de datos, que se lo ingreso en un programa estadístico Epi Info donde al procesar la información cada una de las variables se realizó su respectivo análisis para detectar fallas y errores de ingreso de datos en la digitación.

Determinando el análisis de las respectivas variables cuantitativas tendrá su debido procesamiento con las medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Para obtener la información más relevante en el estudio, se realizó el cruce de variables tanto con los datos de información sociodemográfica, enfermedades crónicas y calidad de vida con el objetivo de caracterizar la población en estudio.

Depuración de errores

En la recopilación de datos y a su vez en la digitación de la información en las en la que se tomaría en cuenta duplicación de datos, errores de digitación.

Consideraciones bioéticas

Se consideró en la investigación los parámetros éticos, como las autorizaciones y consentimientos institucionales por escrito que tengan respectiva aprobación, además se tenga una debida confidencialidad de la información proporcionada cumpliendo con el punto de vista ético de la investigación.

En la encuesta se incluyó la información pertinente sobre el tema de la investigación y el consentimiento informado para cada persona que va ser encuestado con su debida aprobación o su negativa de no hacerlo

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 3.

Datos Sociodemográficos

	<i>Edad</i>	Frecuencia n=123	Porcentaje
<i>65 a 70</i>		31	25,20%
<i>71 a 75</i>		56	45,53%
<i>76 y mas</i>		36	29,27%
<i>Nivel de instrucción</i>			
<i>Primaria completa</i>		9	7,32%
<i>Primaria incompleta</i>		48	39,02%
<i>Secundaria</i>		9	7,32%
<i>Sin instrucción</i>		57	46,34%
<i>Genero</i>			
<i>Femenino</i>		71	57,72%
<i>Masculino</i>		52	42,28%
<i>Estado Civil</i>			
<i>Casado</i>		46	37,40%
<i>Divorciado</i>		16	13,01%
<i>Soltero</i>		23	18,70%
<i>Unión libre</i>		6	4,88%
<i>Viudo</i>		32	26,02%
<i>Ocupación</i>			
<i>Agricultura</i>		26	21,14%
<i>Artesano</i>		6	4,88%
<i>Comerciante</i>		4	3,25%
<i>Jubilado</i>		6	4,88%
<i>Ninguna</i>		37	30,08%
<i>Otros</i>		3	2,44%
<i>Quehaceres domésticos</i>		41	33,33%
<i>Auto identificación</i>			
<i>Afroecuatorianos</i>		14	11,38%
<i>Indígena</i>		44	35,77%
<i>Mestizo</i>		65	52,85%

Nota: Datos proporcionados por los adultos mayores encuestados de los centros y diferentes agrupaciones del cantón Ibarra

ANALISIS

Según los datos de la investigación, la edad promedio de los adultos mayores encuestadas están entre 71 a 75 años con el 45.53% seguido de 76 años y más con el 29.27%, teniendo en cuenta que en la actualidad que el aumento en esperanza de vida se ha incrementado en el adulto mayor lo que nos da como resultado un envejecimiento en la población. Su nivel de instrucción en la mayoría de la población encuestada es sin instrucción con un porcentaje elevado, seguido de primaria incompleta. estas cifras alarmantes se ven reflejado en un nivel de instrucción baja que es resultado de factores socio económicos y culturales que afectaron la formación educativa. La mayoría de los encuestados adultos mayores y participantes en los diferentes grupos son de género femenino con 57.72% y masculino con el 42.28%. Su estado civil la mayoría son casados con el 37.40% y viudos el 26.02% cifra que nos indica que conformaron una familia y tiene una pareja. Con respecto a su ocupación actual existe el 33.33% realizan los quehaceres domésticos, la siguiente no se dedican a ninguna actividad con el 30.08% siendo la mayor cantidad de adultos mayores mujeres las encuestadas se dedican a labores de la casa y a su vez al no generar actividad económica y no poseer trabajo por su edad se encuentran en la desocupación y situación de pobreza y necesidad financiera diaria. Como se auto identifican en la mayoría de población encuestada el 52.85% son mestizos, indígena el 35.77%, y en su minoría 11.38% afro ecuatoriano grupos étnicos que nos dan como resultado de los diferentes lugares geográficos del cantón donde se realizaron las encuestas.

En un estudio realizado en Colombia se encontró que el 68.40% de los adultos mayores independientes presentaron un nivel de escolaridad básico y una mínima parte (2%) sin ningún nivel de estudio, y (69,67) refieren que los bajos niveles educativos, aumentan las probabilidades del deterioro funcional, la baja escolaridad de las personas influye sobre su calidad de vida y específicamente en las personas adultas 49 mayores la lectura y las

actividades intelectuales aparte de traer efectos positivos sobre la salud (Ballesteros Londoño, Colorado Berrio, & Duque Medina , 2017)

Tabla 4.

Datos sobre el estado de la vivienda, residencia y servicios básicos

<i>Estado de vivienda</i>	Frecuencia n=123	Porcentaje
<i>Buena</i>	74	60,16%
<i>Mala</i>	44	35,77%
<i>Muy buena</i>	1	0,81%
<i>Riesgo</i>	4	3,25%
<i>Vivienda que reside</i>		
<i>Arrendada</i>	22	17,89%
<i>Herencia</i>	2	1,63%
<i>Prestada</i>	38	30,89%
<i>Propia</i>	61	49,59%
<i>Lugar de Residencia</i>		
<i>Rural</i>	88	71,54%
<i>Urbana</i>	35	28,46%
<i>Servicios Básicos-Agua</i>		
<i>Entubada</i>	8	6,50%
<i>Potable</i>	107	86,99%
<i>Pozo</i>	8	6,50%
<i>Eliminación de aguas servidas</i>		
<i>Alcantarillado</i>	87	70,73%
<i>Pozo séptico</i>	36	29,27%

Nota: Información proporcionados por los adultos mayores encuestados de los centros y diferentes agrupaciones del cantón Ibarra.

ANALISIS

En relación a la información obtenida en los datos sobre de la investigación sobre el estado de la vivienda en la cual contestaron los encuestados en su mayoría es buena con el 60.16%, y mala con el 35.77% y con vivienda en riesgo 3,5 % que no posea

condicionamientos estructurales básica y están en condiciones de derrumbarse, Tomando en cuenta que su vivienda en la mayoría es propia con el 49.59% y el 30.89% es prestada esta condición de residencia se establece por el factor económico deficiente que presenta el adulto mayor. El lugar de la vivienda de residencia de los encuestados en su mayoría son zona rural dependiendo de que los lugares establecidos para el estudio, lo que determina el suministro de servicios básicos reflejando que carecen en su minoría de algunos servicios básicos como el abastecimiento de agua que se provisionan del pozo y eliminación de aguas servidas que lo realizan en pozos sépticos lo que puede dar origen a que se presente enfermedades recurrentes en el adulto mayor desmejorando su calidad de vida

Tabla 5.*Datos sobre ingresos económicos*

<i>Ingreso Económico</i>	Frecuencia n=123	Porcentaje
<i>Buena</i>	8	6,50%
<i>Mala</i>	67	54,47%
<i>Muy buena</i>	1	0,81%
<i>Regular</i>	47	38,21%
<i>Recibe el bono</i>		
<i>No recibe</i>	74	60,16%
<i>Si recibe</i>	49	39,84%

Nota: Información proporcionados por los adultos mayores encuestados de los centros y diferentes agrupaciones del cantón Ibarra.

ANALISIS

Según los datos obtenidos sobre los ingresos económicos de los adultos mayores encuestados de los diferentes centros y organizaciones obtenemos una mala situación económica producto de deficientes ingresos económicos producto de la falta de ofertas de trabajo y de la situación de salud de los adultos mayores que no pueden desempeñarse adecuadamente en ciertos trabajos y la creciente demanda de mano de obra laboral joven, además un ingreso económico adicional que proporciona las entidades gubernamentales que es que el adulto mayor califique de manera idónea para recibir mensualmente el bono de desarrollo humano o el bono del adulto mayor que ayuda en parte a suplir las necesidades básicas de alimentación o de tratamientos farmacológicos de las enfermedades más comunes que aquejan a este grupo vulnerable.

En un estudio realizado en Chimborazo por Quispe Gabith y otros, los resultados de la investigación muestran que el 92,5 % s / total recibe ingresos de diferentes medios, de estos,

el 60 % de los adultos mayores trabaja y el 40 % no trabaja. Además, los gastos en que incurren los adultos mayores están relacionados con gastos del hogar, transporte, médicos, vestimenta, alimentación y otros, lo que nos da la realidad económica del adulto mayor en su diario convivir

Tabla 6.*Datos sobre Estado de Salud del Adulto Mayor*

<i>Salud</i>	Frecuencia n=123	Porcentaje
<i>Buena</i>	35	28,46%
<i>Mala</i>	9	7,32%
<i>Regular</i>	79	64,23%

Nota: Información Proporcionada proporcionados por los adultos mayores encuestados de los centros y diferentes agrupaciones del cantón Ibarra.

ANALISIS.

En relación a la salud del adulto mayor en los datos proporcionados para la investigación tenemos que el estado de salud en su mayoría un 64,23 % es regular, y el 7,32% en condiciones malas, situación que influye directamente por el deterioro orgánico por la edad sumado a situación económica a la falta de asistencia permanente e integral del sistema de salud y ciertos condicionamientos sociales y familiares que deterioran la salud vulnerable del adulto mayor.

En un estudio realizado en México en cuanto a la relación que existe entre el adulto mayor y la salud a un aspecto en la que considera ¿Qué tan Satisfecho está con su salud?, se observó que el 31.2% de los ancianos se consideran insatisfechos con su salud y el 44.7% identificaron estar normalmente satisfechos, se obtuvo una diferencia significativa en función al género de $p=0.09$. (Flores Villavicencio & Troyo Sanramon, 2018)

Tabla 7.*Enfermedades Crónicas*

<i>Enfermedades Crónicas</i>	Frecuencia n=123	Porcentaje
<i>Asma</i>	2	1,63%
<i>Cáncer próstata</i>	1	0,81%
<i>Colesterol</i>	7	5,69%
<i>Diabetes tipo I</i>	2	1,63%
<i>Diabetes tipo II</i>	17	13,82%
<i>Escoliosis</i>	1	0,81%
<i>Hipertensión leve</i>	10	8,13%
<i>Hipertensión moderada</i>	40	32,52%
<i>Lumbalgias</i>	7	5,69%
<i>Sin enfermedad crónica</i>	33	26,83%
<i>Triglicéridos</i>	3	2,44%

Nota: Información Proporcionada por los adultos mayores encuestados de los centros y diferentes agrupaciones del cantón Ibarra.

ANALISIS

Según los datos obtenidos en el estudio existe la prevalencia de las enfermedades crónicas de los adultos mayores en los encuestados en su mayoría de hipertensión arterial con un 32,52 % seguida de las enfermedades crónicas metabólicas como las diabetes tipo II , dislipidemias como el colesterol y como referente que en un 26,8 % refieren, que no presentan aparentemente enfermedades crónicas en especial los adultos de la zona rural de la Esperanza y Naranjito haciendo una comparación que los adultos mayores de la zona urbana presentan más enfermedades en relación con los de la zona rural que tienen menor comodidades de vivienda y servicios básicos pero con una buena alimentación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que el adulto mayor debe guiar la mayoría de sus esfuerzos a controlar y enfrentar los cambios que trae consigo la enfermedad crónica. Su estilo de vida debe encaminarse a la práctica constante de actividad física, a

involucrarse en actividades de ocio y recreación, a establecer interacciones positivas con pares y familiares, a pertenecer a grupos de apoyo o religiosos y a seguir adecuadamente los tratamientos (Duran , Valderram , & Uribe , 2010).

Según en un estudio realizado por La UNACH por Quispe Gabith y otros, sobre los adultos mayores y su relación de los costos de Salud, los resultados mostraron que las personas mayores presentan diferentes patologías que requieren consulta, tratamiento, medicación y otros servicios de salud que son necesarios para una adecuada recuperación, como patologías relacionadas con: problemas articulares (63,7 %), dolor de espalda (49,8 %), fatiga severa o cansancio (47,1 %) y patologías diagnosticadas por el médico: hipertensión arterial (43,7%), artritis o reumatismo (31,5 %), osteoporosis (17,3 %), diabetes (12,6 %) y cardiopatías (12,2 %).

Tabla 8.*Calidad de Vida*

<i>Dimensiones de la Calidad de Vida</i>	N° de Indicadores	Puntuación de Escala de Likert	Promedios de Puntuaciones Directas	Porcentaje de relación puntuaciones directas y puntuaciones de Likert
<i>Bienestar emocional</i>	8	32	23	71,88
<i>Relaciones Interpersonales</i>	6	24	19	79,17
<i>Bienestar material</i>	7	28	19	67,86
<i>Desarrollo personal</i>	8	32	22	68,75
<i>Bienestar físico</i>	6	24	17	70,83
<i>Autodeterminación</i>	8	32	24	75,00
<i>Inclusión social</i>	9	36	26	72,22
<i>Derechos</i>	5	20	14	70,00

Nota: la información de las puntuaciones directas relacionadas con los indicadores de la escala de Fumat.

ANÁLISIS

Tomando el promedio de las puntuaciones directas de los datos de las encuestas de las mediciones de las 8 dimensiones del test Fumat realizamos la relación por la cantidad de ítems de cada dimensión en base a las puntuaciones altas de la escala de Likert para sacar un porcentaje en relación a cada dimensión, obteniendo en base a los promedios de las puntuaciones directas que el test, obteniendo puntuaciones altas en la dimensión de

relaciones interpersonales demostrándonos que los adultos mayores tienen muy buena relación social personal y grupal con los compañeros de los centros en estudio en actividades relacionadas de convivencia social y familiar lo que armoniza positivamente el entorno en donde se desarrolla el adulto mayor lo que favorece a mantener un equilibrio psico-social y de salud, Además en el análisis de las dimensiones encontramos las puntuaciones bajas en la dimensión de Bienestar Material, partiendo de que el adulto mayor no genera ya sustento económico y se encuentran en dependencia de familiares o en otros casos viven de ayudas sociales y gubernamentales con bonos que sirven para sobrevivir y sus situaciones de residencia son en ocasiones deplorables que no tienen en su mayoría todas las condiciones adecuadas para vivir en forma digna y saludable.

Tabla 9.*Índice de Calidad de Vida*

<i>Dimensiones de la calidad de vida</i>	Puntuaciones Directas Totales	Puntuaciones Directas Estándar	Percentiles de las dimensiones
<i>Bienestar Emocional</i>	23	10	50
<i>Relaciones Interpersonales</i>	19	10	50
<i>Bienestar Material</i>	19	4	2
<i>Desarrollo Personal</i>	22	11	63
<i>Bienestar Físico</i>	17	9	37
<i>Autodeterminación</i>	24	12	75
<i>Inclusión Social</i>	26	11	63
<i>Derechos</i>	14	10	50
<i>Puntuación estándar TOTAL (suma)</i>		77	
<i>ÍNDICE DE LA CALIDAD DE VIDA</i>		98	
<i>(Puntuación estándar compuesta)</i>			
<i>Percentil del índice de Calidad de Vida</i>			44

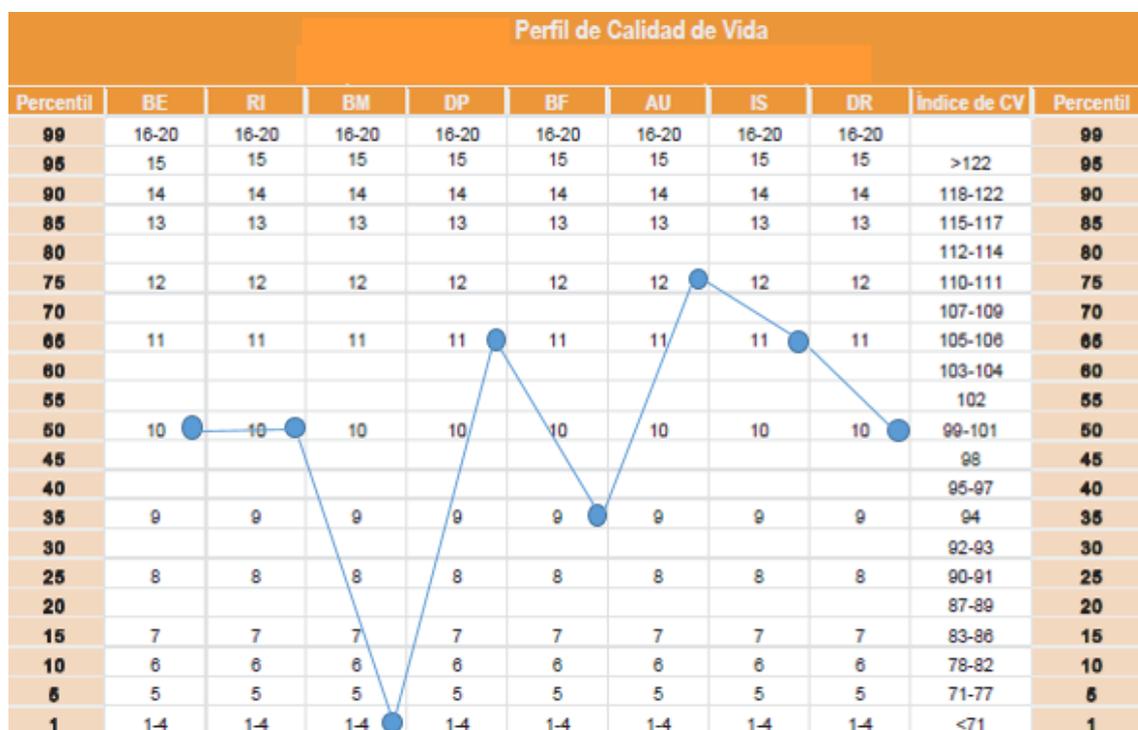
Nota: índice de calidad de vida según indicadores y puntuaciones directas del estudio con la escala de Fumat, que determina el total.

ANÁLISIS

En cuanto a los resultados obtenidos en referente a el índice de calidad de vida de la investigación tomando en cuenta las 8 dimensiones de la Escala de Fumat, en las puntuaciones estándar obtenemos que la dimensiones de Bienestar Físico son las más bajas referenciando que el bienestar físico se encuentra relacionado con el estado de salud del adulto mayor que se encuentra disminuida por el deterioro orgánico de sus sistemas ya sea en su movilidad, en el funcionamiento de sus órganos de la vista y oído que se encuentra con déficit funcional, su estado de memoria con pérdida progresiva según avanza en la edad lo que determina un estado de salud frágil y vulnerable además relacionada con enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes, dislipidemias que fueron las enfermedades crónicas

más relevantes en el estudio, con estos antecedentes la salud del adulto mayor debe ser cuidada en forma integral y con puntuación mayor tenemos a la dimensión de Inclusión Social en la que se hace referencia a la integración, participación social activa grupal y colectivas de los adultos mayores en actividades de ocio, sociales y recreación de carácter inclusivas de los centros e instituciones que velan por este grupo de personas prioritarias que trabajan por dar al adulto mayor un envejecimiento digno y con una mejor calidad de vida.

Para la Obtención el índice de calidad de vida del adulto mayor del estudio se encuentra la sumatoria de las puntuaciones estándar que fue de 77 y la comparamos en la Tabla de Baremos obteniendo un Índice de Calidad de Vida de 98 y un Percentil de Índice de Calidad de Vida de 44, lo que nos indica que los adultos mayores tienen una calidad de vida regular baja tomando en cuenta que las ocho dimensiones que miden deben ser tomadas de una manera global y compensatoria tanto mediciones de puntuaciones altas como de las puntuaciones bajas para tener un resultado que sea equitativo.



Fuente: Evaluación de calidad de Vida en personas mayores - Escala de Fumat. Autor: Miguel A.

Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez, Benito Arias Martínez

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- Los factores socio demográficos del estudio realizado reflejan la realidad de las condiciones en la que el adulto mayor sobrevive en el diario vivir como los condicionantes como el ingreso económico, su condición de salud y su tipo de vivienda influyen en su estado de salud correlacionado con las enfermedades crónico no trasmisibles que son condiciones biológicas que afectan su calidad de vida.
- Las enfermedades crónicas no trasmisibles de los adultos mayores producto del envejecimiento orgánico, condiciones genéticas, malos hábitos de alimentación, son la Hipertensión, la diabetes tipo II y las dislipidemias las enfermedades más prevalentes.
- La calidad de vida en el adulto mayor a través de la escala de Fumat determinó que las dimensiones: Bienestar Físico y Bienestar Material aspectos que derivan para presencia de las enfermedades crónicas además correlacionando los Factores sociodemográficos como género, ocupación, vivienda e ingresos económicos que se correlacionan y nos determinan la calidad de vida del adulto mayor.
- Los resultados fueron socializados con las organizaciones y los Centros de Cuidado del Adulto mayor, para con los mismos buscar estrategias que ayuden al mejoramiento de la calidad de vida con la ayuda de las autoridades y organismos competentes.

Recomendaciones

En base a las conclusiones obtenidas en el estudio se recomienda:

- A las entidades de gobierno tiene la corresponsabilidad en la atención prioritaria a este grupo vulnerable de población, en relación a la organización de programas permanentes de asistencia social, salud, cultural y educativo para el cuidado y monitoreo de los adultos mayores de forma integral
- El adulto mayor al pertenecer a grupos de atención prioritaria amparados en la constitución, por lo que debe existir la corresponsabilidad de entidades del gobierno y de la organización civil que mantengan programas permanentes de asistencia social, salud, culturales y educativos para el cuidado y monitoreo de los adultos mayores de manera integral
- Las entidades del Gobierno y de organización civil plantear alternativas y acciones, que involucre un proceso adecuado de prevención y promoción de salud, además, la protección y restitución de los derechos de la población adulta mayor dentro de un entorno familiar, comunitario y social y que atienda las necesidades bio-psico-sociales y culturales, para la promoción del envejecimiento digno
- Realizar ingentes esfuerzos para mejorar, ampliar y reorientar los equipos multidisciplinarios como personal de salud especializado en adulto mayor, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, para su trabajo articulado en el área rural

BIBLIOGRAFÍA

- Chávez Cruz, A. A., & Molina Regalado, J. L. (2015). *EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MEDIANTE EL MODELO DE AVEDIS DONABEDIAN*. San Salvador: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
- Figueiredo de Sá França, R. (2016). Importance of Palliative Care in Pediatric Oncology. *International Archives of Medicine*, 9: 1-10.
- Figueredo Borda, N., Ramírez Pereira, M., Nurczyk, S., & Diaz-Videla, V. (Diciembre de 2019). MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA: SUSTENTO PARA. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8, n° 2 -, 33-43.
- Pinedo Velázquez, M. T., & JJiménez Jiménez, J. C. (2017). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. *Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática*, 21(48).
- A.B. Piedrafita Susín, E. Yoldi Arzoz, M. Sánchez Fernández, E. Zuazua Ros, Mónica Vázquez Calatayud. (2015). Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 153-165. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.06.001>
- Alba Rosales, M. A., Bellido Vallejo, J. C., Casanova, V. C., Ibáñez Muñoz, J., López Márquez, A., & Millán Cobo, M. D. (2015). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Alexandrina Lobo, Karina Domínguez, Jesús Rodríguez. (2016). Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la ciudad de Ourense. *Ridec*, 9(1), 21-5.
- Alvares, P. (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor*. Quito: MSP.

- Alves, Railda Sabino Fernandes, Cunha, Elizabeth Cristina Nascimento, Santos, Gabriella Cézár, & Melo, Myriam Oliveira. (Julio de 2019). Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>
- Amado, J., & Oscanoa, T. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico (Lima)*, 1279. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.11>
- Arroyo Gordo. (2001). Calidad y Humanización de los Cuidados. Metas de Enfermería. *Scielo*, 26-31.
- Arroyo, F. (09 de Junio de 2017). El código de Nuremberg: Un hito en la ética de la investigación médica. *Rev Fac Cien Med*, 24(1):33-7. Obtenido de https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/873
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución Nacional del Ecuador. Monte Cristi., Ecuador .
- Ballesteros Londoño, M. A., Colorado Berrio, M. J., & Duque Medina , C. S. (2017). Factores sociodemograficos y de salud asociados a la capacidad funcional de Adultos Mayores del valle de Aburra.
- Barreto , J. A. (2017). Hipertension en adulto mayor. Tratamiento segun comorbilidades y daño organico. *Revista Argentina de Gerontologia y Geriatria, Volumen 31(Nº 2)*, 52-59. Obtenido de <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/08/RAGG-08-2017-52-59>.
- Bernard, C. (2016). Cuidados paliativos.Sus orígenes y su llegada a México. *Rev Hosp Ju*, 64-65.
- Bevaqua, A. (Enero-Marzo de 2016). DISLIPIDEMIA, OBESIDAD E HIPOVITAMINOSIS D. *Asociación Médica de Bahía Blanca, Volumen 26(Nº 1)*, 22. Obtenido de

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880457/rcambb_vol26_n1_2016_20_29.pdf

Bioética, C. N. (Octubre de 2016). Enfermería y Bioética. *Gaceta Conbioética*, 22.

Bulechek, G. M., Butche, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (Sexta Edición ed.). Barcelona, España: Elsevier.

C.A. Ignorosa-Navaa, G.-J. (2014). *Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso*. México.

Cameron, D. & Johnston, B. (2015). Development of a questionnaire to measure the key attributes of the community palliative care, specialist nurse role. *International Journal of Palliative Nursing*, 87-95.

Celina Castañeda de la Lanza, Gabriel J.O'Shea Cuevas, Javier Lozano Herrera, Guillermina Castañeda Peña, Celina Castañeda Martínez. (2015). Programa de medicina y cuidados paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 171-175.

Chang, O. (2020). Hipercolesteremia en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Congreso Nacional. (22 de Diciembre de 2006). Ley Orgánica de Salud. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/dps/snem/images/PDF/ley-organica-del-sistema-nacional-de-salud.pdf>

Consejo internacional de enfermeras. (2012). *CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA*. Ginebra: Place Jean-Marteau. Obtenido de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf

Contreras Contreras, Sónia Eugenia, & Sanhueza Alvarado, Olivia Inés. (2016). LOS PACIENTES DEL PROGRAMA ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS: RAZONES Y SIGNIFICADOS PARA ENFERMERAS/OS. *Ciencia y*

enfermería, 47-63. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100005>

Correa, L.A. y Pereira, C. (2015). Palliative care in HF; The comfort as an outcome of nursing care. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 44(6), 547.

Cortés, C. C., Gomez Sancho, M., & Pascual Lopez, A. (2015). *Manual de medicina paliativa*. EUNSA Ediciones Universidad de Navarra.

De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, Ramirez L, Torres-Vigill, Vargas Y, Herrera E. (2013). *Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP*. Houston: 1a edición. IAHP Press.

Del Carmen Sara, J. C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36.

Dellarossa, M. J. (27 de Julio de 2016). *Instrumento para la valoración de pacientes críticos basado en el modelo de Virginia Henderson*. Cordova: Facultad Ciencias Médicas.

Díaz Cortés, M. D. M. Román López, P. y María del Mar Díaz Cortés. (2017). *Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud: proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo*. Editorial Universidad de Almería.

Duran, A., Valderram, L., & Uribe, A. (2010). *Enfermedades Crónicas en el Adulto Mayor*.

Ecuador, A. N. (2008). La Constitución de la República del Ecuador. *Registro Oficial N° 449*.

Ecuador, A. N. (25 de Septiembre de 2012). Ley Orgánica de Discapacidades. *Registro Oficial N° 796*. Quito.

Ecuador, P. d. (9 de Mayo de 2019). Registro Oficial N° 489. *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Quito, Ecuador.

El Congreso Nacional. (18 de Diciembre de 2015). Ley Orgánica de Salud. *Registro Oficial*. Ecuador.

- Encuentro de Alto Nivel de Cuidados Paliativos, FEDELAT, AHPC,ALCP. (11 de Octubre de 2018). CP-FeSS - Cuidados Paliativos - Fortaleciendo El Sistema Sociosanitario. Perú.
- Esparza, L., & Arias, A. (2019). Dislipidemias y estado nutricional en adultos mayores urbanos de la sierra Ecuatoriana. *Revista Médica Ateneo*, 13-30.
- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE MEDIANTE EL INSTRUMENTO QPP-PC EN EL HOSPICE SAN CAMILO PERIODO 2016. (Diciembre de 2016).
- Fascioli, A. (2016). LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA: EXPRESIÓN DEL RECONOCIMIENTO DEL OTRO. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 46-53. Obtenido de *Enfermería: Cuidados Humanizados*.
- FECUPAL. (2018). *Historia fundación*. Obtenido de <http://fecupal.com/wordpress2013/fecupal/>
- Fernandez, J. C. (26 de 05 de 2015). Enfermedades músculo-esqueléticas en los ancianos. *Revista CENIC, Volumen 46(Nº 3)*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1812/181241373001.pdf>
- Fernandez, J., Garcia, J., & Marin, F. (2019). Enfermedad pulmonar cronica obstructiva (EPOC). Tratamiento de fase estable.
- Figueredo Borda, N., Ramírez Pereira, M., Murczyk, S., & Diaz Videla, V. (2019). Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 22-33.
- FIGUEREDO VILLA, Katuska. (2008). CUIDADOS PALIATIVOS: UNA OPCION VITAL PARA PACIENTES CON CANCER DE MAMA. *Scielo Cuba*, 1729-519.
- Flores Villavicencio, M. E., & Troyo Sanramon, R. (2018). *Calidad de Vida y Salud en Adultos Mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Mexico*.

- França, F. d. (2016). Importance of Palliative Care in Pediatric Oncology. *International Archives of Medicine*, 1-10.
- Guillén Velasco, R. d., & Compton García Fuentes, C. C. (2016). *Filosofía y práctica de enfermería*. San Lorenzo Huipulco: El Manual Moderno .
- Hagan. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurs Educ Today*, 61; 216-19.
- Hagan, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurs Educ Today*, 61: 216-19.
- Hearther, T., & Kamitsuro, S. (2014). *Diagnósticos Enfermeros* (Undécima Edición ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Hernando González, A. C. (2015). La gestión del cuidado. *Revistas de Enfermería Cvl*, 61-68.
- IMSS. (2016). Diagnostico y Tratamiento de la Diabetes Millitus en el adulto mayor vulnerable. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/657GRR.pdf>
- INGER. (Junio de 2019). Enfermedades respiratorias de personas mayores. *Boletín, Volumen* 2(Nº 5). Obtenido de http://www.anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Junio2019.pdf
- Internacional Association for hospice and palliative care. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico*, 20(3). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Jara, S. F., & Lizano, P. A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería universitaria*, 208-215. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>

- Johnston, B. (2015). Conserving care in palliative care setting: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 24:1743-1772. Obtenido de 10.1111/jocn.12791
- Jose F. Parodi, Rocío Morante, Lilian Hidalgo, Ricardo Carreño. (2016). Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horizonte Médico*, 69-74. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100010&lng=es&tlng=es.
- Justino, Eveline Treméa, Kasper, Maristel, Santos, Karen da Silva, Quaglio, Rita de Cassia, & Fortuna, Cinira Magali. (01 de Julio de 2020). Cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>
- López Álvarez, E., & Avellana Zaragoza, J. (2019). *CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO*. Obtenido de SECPAL: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-EN-EL-ANCIANO>
- López González, E., Cabrera Macias, Y., López Cabrera, E., & Puerto Becerra, A. (2018). Calidad percibida en servicios de asistencia al adulto mayor. *MediSur*, 437-463.
- López-Tarrida, Ángeles C, González-Martín, & González, M. (2020). Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, 94. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100083&lng=es&tlng=es.
- Maineti. (2001).
- Mar Zulueta Egea¹, María Prieto-Ursúa², Laura Bermejo Toro. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de los Cuidados*, 22(52). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.18>

- Mar Zulueta Egea¹, María Prieto-Ursúa², Laura Bermejo Toro³. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de los Cuidados*, 22(52).
- María Noboa Cevallos, Sara Zapata Salcedo. (Diciembre de 2016). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE MEDIANTE EL INSTRUMENTO QPP-PC EN EL HOSPICE SAN CAMILO PERIODO 2016. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Martinez , H., Mitchell, M. E., & Aguirre, C. (2013). SALUD DEL ADULTO MAYOR - GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA. *Manual de Medicina Preventiva y Social I*.
- Martínez Caballero, Collado Collado, F., Rodríguez Quintosa, J., & Moya Riera, J. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 224-230.
- Martinez, R. (2010). Enfermedades Cronocas No trasmisibles en Colombia. *Boletín del Observatorio de Salud, Volumen 3* (Numero 4).
- Martín-Romo Mejías, J. (2018). *Cuidados paliativos (2a. ed.)*. Editorial ICB. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/utnorte/105465?page=12>.
- Mayo Alegre, J., Loredó Carballo, N. A., & Reyes Benítez, S. N. (2015). En torno al concepto de calidad. Reflexiones para su definición. *Retos de la Dirección*, 49-67.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2020). *Modelo para la atención integral domiciliar de pacientes con necesidad de cuidados permanentes(cuidados paliativos y/o a largo plazo)*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador , Dirección Nacional de Discapacidades.
- Montano, D. B. (2016). EL CUIDADO PALIATIVO Y SU IMPORTANCIA EN LA AGENDA DEL CUIDADOR. *Rev Inv Sci*, vol.5, n.1, 60-76 . Obtenido de

<http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2313-02292016000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2313-0229.

Moorhead, S., Marrion, J., Meridean, L., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona, España: Elsevier.

MSP. (2015). *Cuidados Paliativos, Norma de Atención 1era Edición*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

Nacional, C. (2003).

Naciones Unidas. (19 de Julio de 2019). *La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja*. Obtenido de <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2019.html>

Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. . *Gaceta Médica Espirituana*, 89-100.

Noboa Cevallos, M. C., & Zapata Salcedo, S. M. (Diciembre de 2016). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE MEDIANTE EL INSTRUMENTO QPP-PC EN EL HOSPICE SAN CAMILO PERIODO 2016. Quito.

OMS. (2017). *Cuidados paliativos*. Obtenido de <http://fecupal.com/wordpress2013/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Definición de la OMS de los cuidados paliativos*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Organización Mundial de la Salud. (19 de Febrero de 2018). *Cuidados Paliativos*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (20 de Agosto de 2020). *Cuidados Paliativos*. Obtenido de <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>

- Pedroso, I., & Bravo , T. (Junio de 2019). Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad pulmonar crónica obstructiva. *Investigacion Médico Quirurgico*(Supl. 1).
- Phillips , J., Virdun , C., Bhattarai , P., & Fraser , C. (2018). Enfermería y cuidados paliativos. *MacLeod R., van den Block L.*, 1-16. Obtenido de https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0_43-1
- Piosa, M. G. (2015). Virginia Henderson: planteamiento del modelo conceptual de Enfermería y críticas recibidas al respecto . *Revista Electrónica de Portales Medicos*, 1-3.
- Ponti, E., Saez, N., Angeloni, L. S., Álvarez, M., Mincone, F., & Cicerone, F. (2019). Conocimiento de Enfermería en la valoración y revisión continua de los síntomas en cuidados paliativos. *Educación Médica Superior*, 33(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000300005&lng=es&tlng=es.
- PS. M. Ignacia del Río. Dra. Alejandra Palma . (2007). *CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA Y DESARROLLO*. BOLETÍN ESCUELA DE MEDICINA U.C., PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.
- PUCE, C. (2011). *Calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: Salesianos.
- Riveros Ríos, M. (2017). Acceso universal de los cuidados paliativos: Derecho universal a no sufrir Análisis desde la visión bioética y de derechos humanos. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 67-78. Obtenido de [https://dx.doi.org/10.18004/anales/2017.050\(02\)67-078](https://dx.doi.org/10.18004/anales/2017.050(02)67-078)
- Robles, D. J. (2018). *Guía de manejo integral de cuidados paliativo*. México: Early Institute e Instituto Nacional de Cancerología.
- Rosa Guerrero-Ramírez, Mónica Elisa Meneses-La Riva,b, María De La Cruz-Ruiz. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de

- medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao. *Rev enferm Herediana*, 133-142.
- Rosero Caiza , G. E. (2018). *Grados de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular Asociados en Pacientes de Hipertensos que Acuden a Consulta Externa del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas Periodo de Enero a Febrero del 2018*. Esmeraldas : Facultad de Medicina .
- Salazar , M. (2016). Hipertension en el adulto Mayor. *Revista Medica Herediana*, 60-66.
- Salud, L. O. (24 de enero de 2012). *todaunavida.gob.ec*. Obtenido de https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
- Sandsdalen, T. (2015). Percepciones de los pacientes sobre los cuidados paliativos: adaptación del instrumento Calidad desde la perspectiva del paciente para su uso en cuidados paliativos y descripción de las percepciones de los pacientes sobre los cuidados recibidos. *BMC Palliat Care*, 14, 54. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0049-4>
- Satisfaction and importance of care during the final stage of life. (2016). Desde la perspectiva del familiar la calidad de atención utiliza instrumentos como FAMCARE este mide el grado de satisfacción que valora la calidad de la atención en salud . *ELSEVIERE*, 199.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades. (2013-1017). Plan Nacional del Buen Vivir. Quito, Ecuador. Obtenido de [Obtenido de www.buenvivir.gov.ec](http://www.buenvivir.gov.ec)
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, S. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.Toda una Vida*. Obtenido de www.planificacion.gob.ec: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

- Shamsuzzoha, B., Sheila Leatherman, Nana Mensah, A., Matthew , N., & Edward , K. (2018). Mejorar la calidad de la atención de salud en todo el sistema sanitario. *Boletín Organización Mundial de la Salud*, 96.
- Sierra Leguía, L., Montoya Juárez, R., García Caro, M. P., López Morales, M., & Montalvo Prieto, A. (2019). Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index de Enfermería*, 51-55.
- Sociedad Española de Cuidados Intensivos. (25 de Septiembre de 2015). *InfoPaliativos*. Obtenido de <http://infocuidadospaliativos.com/declaracion-omc-secpal-definicion-de-cuidados-paliativos-obstinacion-terapeutica-eutanasia-y-suicidio-asistido/>
- Sociedad Universitaria de Neurociencias. (1978). *INFORME BELMONT, PRINCIPIOS ÉTICOS Y ORIENTACIONES PARA LA PROTECCIÓN DE SUJETOS HUMANOS EN LA EXPERIMENTACIÓN*. Estados Unidos: Sociedad Universitaria de Neurociencias. Obtenido de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Soengas, N. (2017). Abordaje el adulto mayor con diabetes.
- Souza, Hieda Ludugério de, Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone, Paz, Cássia Regina de Paula, Schweitzer, Mariana Cabral, Hohl, Karine Generoso, & Pessalacia, Juliana Dias Reis. (2015). Cuidados paliativos en la atención primaria de la salud: consideraciones éticas. *Revista Bioética*, 349-359.
- Terán, R. (2016). *Somos Familia*(Edición N° 20). Obtenido de Hospital de los Valles: <https://www.hospitaldelosvalles.com/problemas-metabolicos-en-el-adulto-mayor/>
- The Economist Intelligence Unit. (20 de Mayo de 2015). Quality of Death Index. Ran-king palliative care across the world. *The Economist Intelligence Unit*. Obtenido de : <https://eiuperspectives.com/sites/default/fi>
- Torres , I., & Castillo, J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigación Biomédica, Volumen*

30(N° 3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002011000300006&script=sci_arttext&tlng=en

Tripodoro, Vilma A, Goldraj, Gabriel, Daud, María L, Veloso, Verónica I, Pórez, Marisa Del V, De Vito, Eduardo L, & De Simone, Gustavo G. (2019). Análisis de los resultados de un programa de calidad en cuidados paliativos para los últimos días de vida: Diez años de experiencia. *Medicina (Buenos Aires)*, 468-476. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000900007&lng=es&tlng=es

Varela , L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*.

Vargas González, Vilma; Valecillos, José; Hernández, Carmen. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales*, 663-671.

Verdugo Alonso, M., Gómez Sánchez , L., & Arias Martinez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores*. Salamanca: INICO.

Villafuerte, J. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur, Volumen 15(N° 1)*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2017000100012&script=sci_arttext&tlng=en

Zulueta Egea, M., Prieto Ursúa, M.&Bermejo Toro, L. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 22(52).

Apéndices

Apéndice A

PUNTUACIONES DIRECTAS

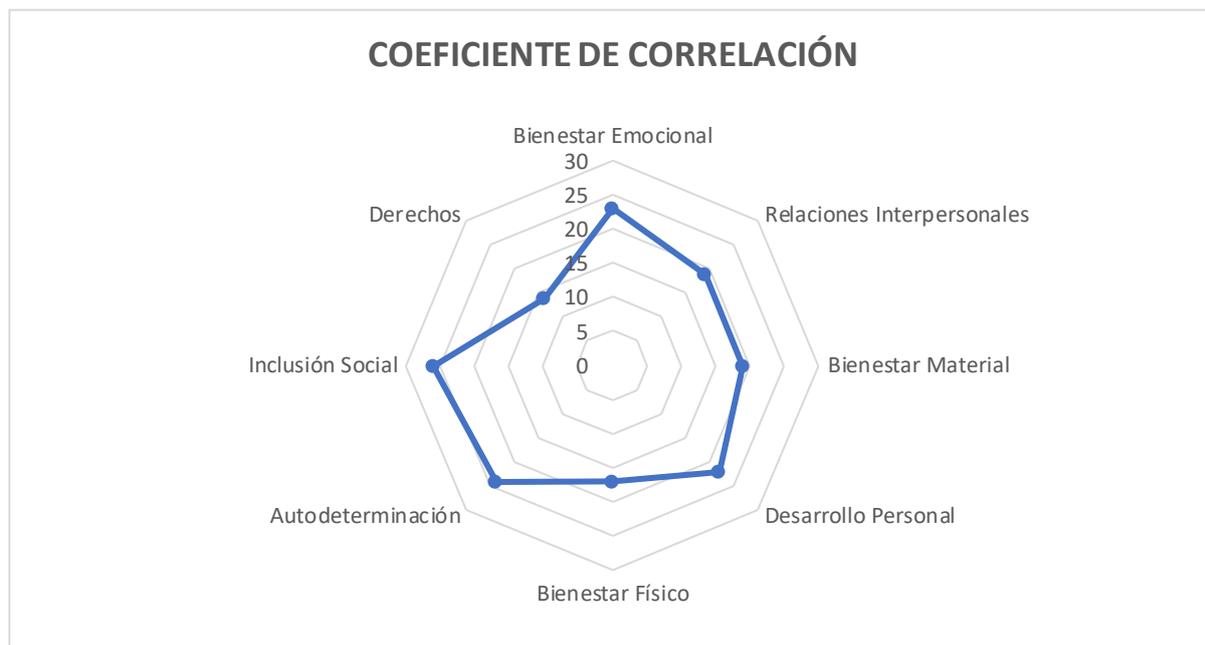
Puntuación Estándar	Bienestar Emocional	Relaciones Interpersonales	Bienestar Material	Desarrollo Personal	Bienestar Físico	Autodeterminación	Inclusión Social	Derechos	Percentil
	BF	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	
20									> 99
19									> 99
18									> 99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10a11	25
7	16-18	13	22	12a14	13-14	10a12	17-18	9	16
6	14-15	11a12	21	10a11	12	8a9	14-16	7a8	9
5	12a13	9a10	20	8a9	10a11		13	6	5
4	10a11	8	18-19		9		9a12	5	2
3	8a9	6a7	17		6a8				1
2			16						< 1
1			7a15						< 1

Apéndice B

TABLA PARA OBTENER EL INDICE DE CALIDAD DE VIDA Y EL PERCENTIL DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA

Suma de las Puntuaciones Estándar (PE)	Indice Calidad de Vida (ICV)	Percentil	Suma de las Puntuaciones Estándar (PE)	Indice Calidad de Vida (ICV)	Percentil	Suma de las Puntuaciones Estándar (PE)	Indice Calidad de Vida (ICV)	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Apéndice C



Apéndice D



Encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



Instituto de
Posgrado

ESCUELA DE POSTGRADO

ENFERMEDADES CRONICAS QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CANTON IBARRA EN EL 2021

Este estudio tiene fines educativos, el objetivo es: los datos son de absoluta confidencialidad y no van a ser publicados, es por esta razón que no contiene información de su nombre, además es voluntaria si no está de acuerdo en ser parte de este estudio, nadie puede obligarle. Le agradezco mucho por su participación. El responsable es: Lic. Milton Chicaiza

ENCUESTA DE TESIS

Esta encuesta va dirigida al adulto mayor de los centros u organizaciones del adulto mayor del cantón Ibarra, para saber cómo “Las enfermedades crónicas que inciden en la calidad de vida”, información que servirá para el estudio de tesis de posgrado.

Para lo que se solicita la autorización y la colaboración para el llenado del instrumento

Lugar:

N°.....

Centro - Organización.....

Fecha.....

Información sociodemográfica:

Edad				
Mayores de 65 – 70.....	71 – 75.....	76 y más.....		
Nivel de Instrucción				
Sin instrucción.....	Primaria Incompleta.....	Primaria Completa.....		
Secundaria.....	Superior.....			
Genero				
Masculino:	Femenino:			
Estado Civil				
Soltero.....	Casado.....	Divorciado.....	Viudo.....	Unión Libre.....

Ocupación			
Artesano.....	Comerciante.....	Quehaceres Domésticos.....	Jubilado.....
Agricultura.....	Ninguna.....	Otros.....	
Auto identificación			
Mestizo.....	Indígena.....	Afro-ecuatoriano.....	Blanco.....
Vivienda			
-Estado de la Vivienda:			
Muy buena	Buena.....	Mala.....	Riesgo
- Vivienda que reside es:			
Propia.....	Arrendada	Prestada.....	Herencia.....Otros/cual.....
- Acceso: Rural..... Urbano.....			
Servicios Básicos:			
- Agua: Potable..... Entubada..... Pozo			
Tanquero Otros/cual.....			
- Teléfono: si.... No ...			
- Luz eléctrica: Si No....			
- Eliminación de aguas servidas: Alcantarillado			
Pozo Séptico.... Letrina....			
Ingreso Económico			
Mala.....	Regular.....	Buena.....	Muy Buena.....
(1-100)	(101-200)	(201-300)	(301-400)
Recibe Bonos: si			
No.....			
Alimentación:			
¿Se alimenta bien? Si..... No.....			
¿Cuántas comidas diarias recibe?: 3			
2 1 Ninguna;			
Salud:			
- Considera que su salud es:			
Buena (casi nunca se enferma)			
Regular (se enferma ocasionalmente)			
Mala (se enferma muy frecuentemente)			
Medicación:			
- ¿Toma algún tipo de medicamento? Si... No....			
- Discapacidad: Si ... No....			
Física	Intelectual.....	Auditiva.....	Visual.....

Tiene usted alguna enfermedad crónica como:

Enfermedad Crónica		Controlada		Medicación	
		Si	No	Si	No
Hipertensión	HTA Grave.....				
	HTA Moderada				
	HTA Leve				
Diabetes	Tipo I				
	Tipo II				
Dislipidemias	Colesterol				
	Triglicéridos....				
Obesidad	Clase I				
	Clase II				
	Clase III...				
Enfermedades pulmonares.	Enfisema				
	Fibrosis				
	Bronquitis crónica....				
	Asma.....				
	EPOC.....				
Cáncer	Mamario				
	Uterino				
	Próstata.....				
	Piel.....				
Osteomusculares	Artrosis.....				
	Lumbalgias.....				
	Osteoporosis....				
	Artritis.....				
	Escoliosis.....				

Conteste las siguientes preguntas de calidad de vida:

Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
4	3	2	1

BIENESTAR EMOCIONAL					
		Siempre o casi siempre	frecuent emente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con la vida, presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
RELACIONES INTERPERSONALES					
		Siempre o casi siempre	frecuent emente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gusta con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio donde acude	4	3	2	1
11	Mantiene unas buenas relaciones con sus compañeros del servicio donde acude	4	3	2	1
12	Carece de algún familiar cercano	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para el	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					
BIENESTAR MATERIAL					

		Siempre o casi siempre	frecuent emente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan algunas actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan algunas de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
DESARROLLO PERSONAL					
		Siempre o casi siempre	frecuent emente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultad para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultad para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumas, restas)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable en la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL					
BIENESTAR FISICO					
		Siempre o casi siempre	frecuent emente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir la conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problema de recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultad de la visión que le impide realizar tareas habituales)	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
AUTODETERMINACION					
		Siempre o casi siempre	frecuent emente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige como pasar el tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde actualmente vive	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
INCLUSION SOCIAL					

		Siempre o casi siempre	frecuent emente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	El servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita.	1	2	3	4
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesitan	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con sus compañeros del servicio que acude	4	3	2	1
50	Participa en forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
DERECHOS					
		Siempre o casi siempre	frecuent emente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal/o accesos a servicios de asesoría legal.	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

Apéndice Fotográfico





