



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD COCHALOMA, 2022”.

Tesis, previa a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTORA: Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima

TUTORA: Msc. María Ximena Tapia Paguay

Ibarra-2023

CONSTANCIA DE APROBACION DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD COCHALOMA, 2022**”, de autoría de **LESLIE MARIBEL IMBAQUINGO TIXILIMA**, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que de designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de Agosto del 2022.

Lo certifico

(Firma) 
Msc. María Ximena Tapia Paguay
C.C: 1001817459
DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento de 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:

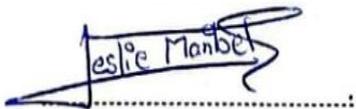
DATOS DE CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD:		1004723472	
APELLIDOS Y NOMBRES:		Imbaquingo Tixilima Leslie Maribel	
DIRECCIÓN:		Atuntaqui – Barrio San Juan de Tierra Blanca	
EMAIL:			
TELEFONO FIJO:	(06) 2933-533	TELEFONO MÓVIL:	0968243557
DATOS DE OBRA			
TÍTULO:		“CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD COCHALOMA, 2022”	
AUTOR (ES):		Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima	
FECHA:		08 de Agosto del 2022	
SOLO PARA TRABAJAR DE GRADO			
PROGRAMA:		<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO	<input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:		Licenciatura en Enfermería	
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 desarrollo, 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 16 días del mes de septiembre del 2023.

EL AUTOR

A handwritten signature in blue ink that reads "Leslie Maribel". The signature is written in a cursive style and is enclosed within a hand-drawn rectangular box with a decorative flourish on the right side. Below the signature is a horizontal dotted line.

Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima

C.I. 1004723472-2

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCSS-UTN

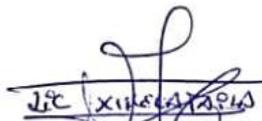
Fecha: 8 de agosto de 2022

LESLIE MARIBEL IMBAQUINGO TIXILIMA “CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD COCHALOMA, 2022”. / TRABAJO DE GRADO. Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 8 de agosto de 2022.

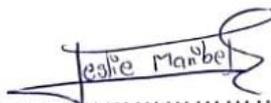
DIRECTORA: Msc. María Ximena Tapia Paguay

El principal objetivo de la presente investigación fue Determinar la calidad de vida y su relación con la salud en adultos mayores que residen en la comunidad Cochaloma, 2022. Entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio. Establecer niveles de bienestar a través de la aplicación del instrumento “Cuestionario de Salud SF-36”. Relacionar el estado de salud en adultos mayores con la calidad de vida. Difundir resultados a través de un poster científico.

Fecha: Ibarra, 8 de agosto de 2022



Msc. María Ximena Tapia Paguay
Directora



Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima
Autor

DEDICATORIA

A Dios por bendecirme día a día y darme la oportunidad de cumplir cada una de mis metas propuestas a pesar de las adversidades. A mis padres por su entrega incondicional por el amor que encontré en ellos todos los días de mi vida, gracias porque encuentro la paz y la seguridad que necesito para continuar cursando mis estudios, porque siempre han creído en mí y han estado dándome animo moral a diario. A la Universidad Técnica del Norte institución de educación superior que ha abierto las puertas para el desarrollo y la formación de nuevos profesionales al servicio de la comunidad, con docentes calificados para formar profesionales aptos para el campo laboral.

Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la vida, la salud y sabiduría para cumplir con mis tareas como estudiante e hija; gracias a mi familia que creyó en mí todos estos años, en especial a mis padres que me dan la oportunidad de seguir estudiando y han invertido en mi formación académica. Agradezco a la Universidad Técnica del Norte y a la carrera de Enfermería por haberme acogido a su escuela de formación la cual cuenta con aulas, laboratorio y docentes de calidad; gracias a todos los docentes que me impartieron sus conocimientos en especial doy gracias a la magister Ximena Tapia por guiarme como tutora del presente trabajo. Finalmente, a mis compañeros de aula que han sido un pilar fundamental para culminar cada semestre.

Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACION DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CONSTANCIAS.....	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRAC	xiv
TEMA	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
1.5. Preguntas de Investigación.....	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico	7
2.1. Marco Referencial	7
2.1.1. Calidad de vida en adultos mayores, un análisis de sus dimensiones, 2020. 7	
2.1.2. Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores, 2020.	7
2.1.3. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, 2020.	8

2.1.4.	Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar, 2018.	9
2.1.5.	Factores Socioeconómico de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador, 2017.....	9
2.1.6.	Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia, 2017. ...	10
2.2.	Marco Contextual	11
2.2.1.	Historia de la comunidad “Cochaloma”	11
2.2.2.	Autoridades	12
2.2.3.	Ubicación.....	12
2.2.4.	Extensión y límites	13
2.2.5.	Población	13
2.2.6.	Salud	13
2.2.7.	Transporte.....	14
2.3.	Marco conceptual	14
2.3.1.	El envejecimiento	14
2.3.2.	Características del envejecimiento	15
2.3.3.	El envejecimiento saludable	17
2.3.4.	Tipos de adulto mayor	18
2.3.5.	Enfermedades del adulto mayor	19
2.3.6.	Dimensiones del envejecimiento.....	23
2.3.7.	Calidad de vida	23
2.3.8.	Dimensiones de la calidad de vida	24
2.3.9.	Indicadores de calidad de vida	25
2.3.10.	Salud	25
2.3.11.	Determinantes de la salud.....	26
2.3.12.	Relación entre salud y calidad de vida.....	26
2.3.13.	Modelos y teorías de enfermería.....	27
2.4.	Marco Legal	30
2.4.1.	Constitución de la República del Ecuador	30
2.4.2.	Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025	33
2.4.3.	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	35

2.5.	Marco Ético	36
2.5.1.	Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería.....	36
2.5.2.	Código de Helsinki	37
CAPÍTULO III	.....	39
3.	Metodología de la Investigación	39
3.1.	Diseño de la Investigación	39
3.2.	Tipo de la Investigación	39
3.3.	Localización y ubicación del estudio.....	40
3.4.	Población	40
3.4.1.	Universo	40
3.4.2.	Muestra	40
3.4.3.	Criterios de inclusión.....	41
3.4.4.	Criterios de exclusión	41
3.5.	Operacionalización de variables.....	42
3.6.	Métodos de recolección de información.....	46
3.6.1.	Técnica	46
3.6.2.	Instrumentos	46
3.7.	Análisis de datos.....	47
CAPÍTULO IV	.....	48
4.	Resultados de la Investigación	48
4.2.	Caracterización sociodemográfica.....	48
4.3.	Niveles de bienestar a través de la aplicación del instrumento “Cuestionario de Salud SF-36”	51
4.4.	Relación del estado de salud y calidad de vida.....	60
CAPÍTULO V	.....	62
5.	Conclusiones y Recomendaciones	62
5.1.	Conclusiones	62
5.2.	Recomendaciones.....	63
Bibliografía	.....	64
ANEXOS	.....	69
Anexo 1.	Instrumento de la investigación “Cuestionario de Salud SF-36”	69
Anexo 2.	Archivo fotográfico	76

Anexo 3. Certificados.....	78
Anexo 4. Consentimiento informado	81
Anexo 5. Traducción del resumen	83
Anexo 6. Poster científico	84
Anexo 7. Reporte de Urkund	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población.....	48
Tabla 2. Percepción de la población frente a su estado de salud	51
Tabla 3. Percepción de la población frente a su función física.....	52
Tabla 4. Rol físico de la población.....	52
Tabla 5. Percepción de la población ante su salud mental y vitalidad.....	55
Tabla 6. Rol emocional de la población.....	55
Tabla 7. Percepción de la población frente al dolor.....	57
Tabla 8. Percepción de la población en relación a salud general.....	58
Tabla 9. Percepción de la población en relación a la función social.....	59
Tabla 10. Relación del estado de salud y calidad de vida.....	60

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD COCHALOMA, 2022

Autor: Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima

Correo electrónico: lmimbaquingot@utn.edu.ec

A nivel mundial el envejecimiento tiene un notorio impacto en el crecimiento poblacional, la OMS ha fomentado por ello el envejecimiento saludable, este proyecto está relacionado con las dimensiones de calidad de vida y estado de salud, el objetivo; determinar la calidad de vida y su relación con la salud en adultos mayores que residen en la comunidad Cochaloma, 2022; de diseño cuantitativo y no experimental, de tipo descriptivo, de campo, correlacional y corte transversal. Se aplicó en 31 adultos mayores de la comunidad de Cochaloma, el instrumento utilizado cuestionario sf-36 validado con anterioridad, el cual mide, nivel de calidad de vida y su relación con la salud. El criterio de inclusión, todos los adultos mayores residentes en la comunidad. Los principales resultados con respecto a las características sociodemográficas son: la población es indígena, analfabeta, con predominio el sexo femenino, amas de casa y agricultores; el estado de salud de la población es bueno pues la mayoría se quejan de problemas osteorarticulares, afirman que no se enferman fácilmente y se sienten sanos como cualquier otra persona, la salud mental es buena ya que a pesar de los problemas emocionales cumplen con sus actividades habituales, y las relaciones sociales son muy buenas ya que debido al entorno se conocen entre todos y se apoyan. A pesar de la carencia de centros de salud cercanos y problemas que aparecen por la edad, conservan su salud, manteniendo una buena calidad de vida, son independientes y cumplen con sus actividades de la vida diaria.

Palabras claves: calidad de vida, adulto mayor, salud, enfermedades crónicas.

ABSTRAC

Quality of life and its relationship with health in older adults residing in the Cochaloma community, 2022.

Author: Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima

Email: lmimbaquingot@utn.edu.ec

At the global level, aging has a notorious impact on population growth, the WHO has therefore promoted healthy aging, this project is related to the dimensions of quality of life and health status, the objective; determine the quality of life and its relationship with health in older adults residing in the Cochaloma community, 2022. At the global level, aging has a notorious impact on population growth, the WHO has therefore promoted healthy aging. This project is related to the dimensions of quality of life and health status, the objective; determine the quality of life and its relationship with health in older adults residing in the Cochaloma community, 2022. It was a quantitative and non-experimental design, descriptive, field, correlational, and cross-sectional research. A validated sf-36 questionnaire was applied to 31 older adults in the community of Cochaloma, which measures the level of quality of life and its relationship with health. The inclusion criterion is all older adults living in the community. The main results regarding the sociodemographic characteristics are: the population is indigenous, illiterate, predominantly female, housewives and farmers; the state of health of the population is good since most complain of osteoarticular problems, they affirm they do not get sick easily and feel healthy like any person, mental health is good since, despite the emotional problems, they carry out their activities habitual, and social relations are quite good as they know each other and support each other. Despite the lack of nearby health centers and problems that appear due to age, they maintain their health, maintain a good quality of life, are independent, and carry out their activities of daily living.

Keywords: quality of life, older adults, health, chronic diseases.

TEMA

“CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD COCHALOMA, 2022”.

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los individuos de 60 años y más son considerados como adultos mayores, es decir, pertenecen a la etapa de la vejez; cabe recalcar que hay variaciones mínimas en los rangos de edad entre países pues el envejecimiento se presenta de diferente forma en cada individuo. A nivel mundial el envejecimiento ha tenido un notorio impacto en el crecimiento proporcional como el número absoluto de personas adultas mayores (1). Entre el 2020 y 2030 la proporción de este grupo etario aumentará un 34%, es decir una de cada seis personas serán adultos mayores, en ese momento habrá aumentado de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En el 2020 solo Japón tenía una proporción superior a los 30% sin embargo, muchos países tendrán una proporción similar en la segunda mitad del siglo los que pertenecen a Europa, América del Norte como Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, entre otros (2)

Entre los principales factores que influyen en el incremento de la población de adultos mayores está el aumento de la esperanza de vida, es decir, todos los individuos a nivel mundial viven más tiempo a lo cual hay un estrecho vínculo con el desarrollo socioeconómico pues en los países de bajos recursos hay una mayor incidencia en la muerte de la primera infancia, dicho de otro modo, con el desarrollo mejora la salud pública por ello hay la posibilidad que las personas mueran a una edad adulta; otro factor a favor del aumento de la esperanza de vida y más en países de altos ingresos es el incremento de la supervivencia en la vejez esto se debe a la mejor asistencia sanitaria, las estrategias de salud pública, etc. La segunda razón del envejecimiento de la población es la caída de la tasa de fecundidad y la baja tasa de mortalidad; se asume que se da por la mayor esperanza de vida, acceso a anticonceptivos y cambios en las reglas de género (1).

Dentro de los indicadores que influyen en la salud de aquel grupo etario están los factores individuales como cambios relacionados con la edad, comportamiento, genética y enfermedades; y en los factores ambientales incluyen vivienda, dispositivos de asistencia, instalaciones sociales y transporte. El ambiente físico, social y económico tienen repercusión en la calidad de vida del envejecimiento ya que influyen de forma adecuada o inadecuada en el bienestar del adulto mayor de acuerdo a las oportunidades y condiciones de vida que cada uno de ellos presenta (3).

El desarrollo demográfico y epidemiológico, la propagación de enfermedades y el incremento de la esperanza de vida han despertado un alto interés en mejorar la atención inclinada a grupos vulnerables con limitaciones físicas, psicológicas o sociales pues requieren mayor costo sanitario en este contexto se incluye a los adultos mayores (4). Por lo cual corporaciones mundiales como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declararon del 2020 al 2030 como “La Década del Envejecimiento” con el fin de fomentar y mantener las habilidades funcionales de los adultos mayores conservando la capacidad de ser y hacer lo que deseen sin dificultad alguna, para ellos se han planteado objetivos, entre los más importantes están concientizar a la población de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad, ofrecer atención integrada y centrada a las personas e incluirlas activamente a la sociedad y economía. (3).

El cambio demográfico dentro del Ecuador también tiende a tener una población envejecida cabe recalcar que hay un sin número de enfermedades no transmisibles que están afectando drásticamente a este grupo etario, por ello, estas personas llegarán a ser dependientes lo que genera una creciente necesidad de cuidados imponiendo retos económicos, sociales y de mayores intervenciones sanitarias llegando a ser un desafío ético y político. Esta situación obliga al Ecuador a plantear estrategias sociales, económicas y sanitarias para tener un impacto positivo en los indicadores del envejecimiento (5).

1.2. Formulación del Problema

¿Qué relación tiene la calidad de vida con la salud en los adultos mayores que residen en la comunidad Cochaloma, 2022?

1.3. Justificación

La calidad de vida está directamente relacionada con el bienestar, específicamente en los adultos mayores que son una población vulnerable, debido a las limitaciones físicas y un sin número de enfermedades que van apareciendo simultáneamente desde que inicia el envejecimiento hasta la muerte. Actualmente por múltiples factores han aumentado en su proporción a nivel mundial y se predice que dentro de una década habrá una extensa población envejecida. A través de este estudio se midió la calidad de vida basándonos en indicadores como estilo de vida, educación, empleo, economía, relaciones interpersonales, entre otros factores que pueden favorecer o perjudicar la salud pues al ser un grupo con necesidades especiales necesitan mayor asistencia sanitaria e intervenciones de autoridades con estrategias a su favor.

El estudio se enfocó en medir la calidad de vida que presentan los adultos mayores, para que con los resultados buscar estrategias que ayuden a plantear soluciones a los problemas característicos de los mismos; los beneficiarios directos son los adultos mayores ya que al finalizar se obtendrán ideas de intervenciones que fomenten el envejecimiento saludable, el personal de salud a través de la investigación logrará obtener resultados precisos en relación a este grupo vulnerable y propone alternativas que mejoren la calidad de vida. Como beneficiario indirecto, la academia ya que a través de ellos entrega a la sociedad resultados producto de investigación científica y el aporte para conseguir el título de tercer nivel.

Este estudio es importante ya que se trabajó directamente con un grupo vulnerable, que debido a su condición y a los avances de la ciencia necesitan de una mejor atención por parte del personal de salud, especialidades médicas y recursos económicos que ayuden a solventar las necesidades de estos, es necesario que se garantice a través de las autoridades una atención digna y de calidad para este grupo etario.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la calidad de vida y su relación con la salud en adultos mayores que residen en la comunidad Cochaloma, 2022.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Establecer niveles de bienestar a través de la aplicación del instrumento “Cuestionario de Salud SF-36”
- Relacionar el estado de salud en adultos mayores con la calidad de vida.
- Difundir resultados a través de un poster científico.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Qué nivel de bienestar tiene la población adulta mayor según la aplicación del instrumento “Cuestionario de Salud SF-36”?
- ¿Cuál es la relación del estado de salud y la calidad de vida en los adultos mayores de la comunidad de Cochaloma, 2022?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Calidad de vida en adultos mayores, un análisis de sus dimensiones, 2020.

La calidad de vida es un concepto multidimensional y complejo que se ha vuelto indispensable a la hora de evaluar las condiciones de vida del adulto mayor. Por ello en esta investigación se busca medir la calidad de vida de un grupo de adultos mayores de la zona este de la provincia de Mendoza y describir la percepción de los adultos mayores acerca de cada dimensión de la calidad de vida. La metodología utilizada es mixta. Se usó un diseño no experimental, descriptivo transversal para la parte cuantitativa, y para la parte cualitativa se utilizó el método de la teoría fundamentada, con un diseño emergente. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semidirigida y el WHOQoL Bref. La muestra, seleccionada de manera no probabilística, por muestreo voluntario, estuvo conformada por veintinueve adultos mayores oriundos de la zona este de la provincia de Mendoza. Como resultados y conclusión se encontró que los adultos mayores tienen una buena calidad de vida sustentada principalmente en la relación con los otros, la capacidad de realizar las actividades cotidianas (capacidad funcional), el bienestar material, el deporte y la salud, la capacidad cognitiva, los servicios médicos y la espiritualidad (6).

2.1.2. Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores, 2020.

El objetivo de la investigación es fortalecer las capacidades cognitivas orientadas a un envejecimiento saludable desde el enfoque de promoción de la salud en un grupo de personas adultas mayores (PAM) adscritas a la Clínica Integrada de Tibás, 2018. La

metodología es de enfoque mixto, diseño preexperimental basado en una prueba/posprueba con un solo grupo. La población de estudio fueron las PAM adscritas a la Clínica, la muestra fue de 24 voluntarios. Los resultados en la fase diagnóstica, la aplicación del MoCA mostró que los dominios con menores puntajes son los señalados en otras investigaciones como las capacidades cognitivas más afectadas en las PAM. Por otra parte, el Índice de Kazt evidenció que la mayoría del grupo no tiene incapacidad. Respecto a las percepciones sobre el proceso de envejecimiento, se observó que el 80 % de las PAM poseen conocimientos similares a los contemplados para este trabajo, asimismo, un 90 % identifica los mitos y estereotipos de la vejez, además, se lograron identificar varios cambios respecto al inicio del proceso. En conclusión, las estrategias y técnicas implementadas en el proceso de aprendizaje permitieron que la población se apropiará de los temas, reforzara capacidades cognitivas y adoptara prácticas saludables, esto se aprecia en los cambios reflejados en las evaluaciones ex post. Se evidenció que las prácticas saludables y capacidades cognitivas se pueden promover desde líneas de promoción de la salud como lo son la creación de entornos saludables, el desarrollo de habilidades y actitudes personales (7).

2.1.3. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, 2020.

En la actualidad, el envejecimiento poblacional es uno de los problemas demográficos más relevantes. Constituye una prioridad del estado cubano la protección al adulto mayor y las acciones de salud para el aumento de la calidad de vida. El objetivo de la investigación es diseñar una estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. La metodología esta aplicada con una primera etapa descriptiva - evaluativa y de diseño de la estrategia y una segunda etapa de realización de intervenciones y evaluación de resultados; efectuada en el Consultorio Médico número 7 del municipio Los Palacios, durante el año 2018 y primer semestre 2019, con un universo de 294 adultos mayores y una muestra de 223 individuos que cumplieron los criterios de inclusión. Variables sociodemográficas: calidad de vida, autoestima y estilos de vida; se aplicó la Escala de Autoestima de Coopersmith, la Guía

para el estudio del estilo de vida y la Escala MGH de calidad de vida en el adulto mayor. Como resultados predominó el sexo femenino, la calidad de vida fue más alta en las personas con pareja, no existió correlación con el nivel de escolaridad ni se encontró polifarmacia en los adultos mayores; la autoestima, los estilos de vida saludables y la calidad de vida se elevaron considerablemente después de la intervención. En conclusión, la estrategia de intervención diseñada contribuyó a elevar la calidad de vida en los adultos mayores (8).

2.1.4. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar, 2018.

Entre los factores que los adultos mayores consideran importantes en su calidad de vida están las relaciones familiares y los apoyos sociales, la salud general, el estado funcional, la disponibilidad económica y los factores socioeconómicos. El objetivo de esta investigación es evaluar el nivel de calidad de vida percibida por los adultos mayores desde su contexto familiar. La metodología aplicada es de diseño descriptivo y transversal, en una muestra de 99 adultos mayores, en quienes se evaluó la percepción de las dimensiones de la calidad de vida con la escala WHOQOL-BREF. Los resultados fueron la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Se concluyó que casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. La dimensión más afectada fue la de medio ambiente (9).

2.1.5. Factores Socioeconómico de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador, 2017.

El presente trabajo analiza los principales determinantes socioeconómicos de la calidad de vida de los adultos mayores en la provincia del Guayas en Ecuador. Se aplicó el método de encuesta a una muestra de 817 entrevistados el año 2015. Se realizó un análisis descriptivo demográfico y socioeconómico y, para la operación de

variables, se generaron variables categóricas y dicotómicas dummy. Se realizó un análisis de factores de componentes principales con rotación Varimax y se modeló alrededor de una variable latente en la forma de un logit binomial. Se concluye que el análisis de factores no resultó satisfactorio en términos de confiabilidad, aunque mostró índices KMO adecuados. El análisis logit ordenado permite inferir que el área de residencia no es determinante de la calidad de vida de los adultos mayores. Sin embargo, esta juega un papel importante cuando se analizan diferencias entre hombres y mujeres. La ocupación y el nivel de educación muestran una asociación estadísticamente significativa con la calidad de vida auto-reportada y que el hecho de padecer una enfermedad y pertenecer al rango de edad de entre 71 y 80 años, tendría un impacto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores (10).

2.1.6. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia, 2017.

El objetivo de la investigación es determinar factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en Cartagena, 2015. Estudio transversal, con una población de 107 604 ancianos y una muestra de 660 personas. Se adelantó un muestreo bietápico. Se tomó como referente la teoría de calidad de vida relacionada con salud y para medir los conceptos planteados por esta teoría se emplearon varios instrumentos. Se usó la estadística descriptiva y un modelo de regresión logística multivariada. Se consideraron aspectos éticos de estudios con humanos. Participaron 657 personas, edad promedio de 71 años, predominó el sexo femenino (55,7 %), pareja estable (62,6 %), escolaridad primaria (49,6 %), ocupación hogar (52,8 %), residir en estratos 2 y 3 (66,7 %) y vivir con 4 personas, promedio, en el hogar. Se observó alta prevalencia de apoyo social adecuado (89,5 %), no presentar síntomas depresivos con significancia clínica (86,9 %), independencia para realizar actividades básicas (86,3 %) e instrumentales de la vida diaria (60,8 %), percibir su salud como buena (51,4 %), percibir la calidad de vida relacionada con salud como excelente (87,4 %). Las patologías más frecuentes fueron cardiovasculares (26,1 %). En conclusión, la CV se asoció positivamente a percibir apoyo social adecuado y a la independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y negativamente al hecho de trabajar o tener pensión (11).

2.2. Marco Contextual

Comunidad de Cochaloma

Imagen 1. Casa comunal de la comunidad de Cochaloma



Fuente: <https://n9.cl/epo22>

Elaborado por: Cochaloma VIVE

2.2.1. Historia de la comunidad “Cochaloma”

Todo el territorio que hoy es parte de la comunidad de Cochaloma era una sola hacienda. Los propietarios de dichas tierras en 1974 propusieron al señor Ricardo Males, Trinidad Carlosama y Victoriano Males que les compraran pero, estas personas al ser de bajos recursos no tenían la posibilidad; para lo cual llegaron a un acuerdo con los propietarios, siendo que la mitad del costo de la hacienda los van a pagar con su trabajo en la agricultura y la otra mitad sería en efectivo, pero para reducir su parte de pago buscaron a personas que les interesara lo planeado, a lo cual se unieron 19 personas de otras comunidades vecinas y, aceptaron este reto.

Trabajaron y pagaron con dinero que en su mayoría pidieron prestado en instituciones bancarias, hasta que en 1978 las 22 personas lograron ser propietarios de dichas tierras, las cuales fueron repartidas por igual, sin embargo, no fueron entregadas con escrituras

legales, hasta que en 1996 el Municipio de Otavalo les otorgó la posibilidad de realizarlas; con derecho a luz eléctrica, agua potable y demás recursos básico.

La fundación de la comunidad de Cochaloma es el 28 de septiembre del 2000, y para seleccionar al primer dirigente se realizó una reunión, de manera democrática se eligió al señor Antonio Perachimba. Desde aquel día como dueños construyeron las primeras casas, y por ende hoy en día los hijos de aquellas personas son propietarios de la parte que les haya asignado sus padres como herencia, los cuales se dedican a la agricultura, ganadería, albañilería y amas de casa, a pesar de ser propietarios de sus propias tierras, las personas han optado por la migración en búsqueda de días mejores, dejando a su familia y a sus pequeñas propiedades (52).

2.2.2. Autoridades

Dentro de la directiva en el periodo 2021-2022 tienen en calidad de:

- **Presidente:** Sr. Guillermo Males.
- **Vicepresidente:** Sr. Agustín Casco Anrango.
- **Secretario:** Sr. Jaime Perachimba.
- **Tesorero:** Sra. Marta Beatriz Males
- **Síndico:** Sr. Agustín Casco Colta

2.2.3. Ubicación

La comunidad de “Cochaloma” está ubicada en la parroquia San Pablo del Lago, perteneciente al cantón Otavalo de la provincia Imbabura. La parroquia rural de San Pablo está en la Cuenca del Lago Imbakucha, a una distancia de 95 km de Quito y 40

km de Ibarra; se asienta en la hoya Central occidental del Chota entre, los nudos de Boliche al norte y al sur el Mojanda Cajas, tiene una altura de 2697 m. sobre el nivel del mar con una temperatura entre los 12 °C y 19 °C (12).

2.2.4. Extensión y límites

Los límites de la comunidad de Cochaloma son:

- Al Norte con la Comunidad de Imbaburita.
- Al Sur con la Asociación el Topo.
- Al Este la Comunidad de Imbaburita.
- Y al Oeste con la comunidad Casco Valenzuela (12).

2.2.5. Población

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el 2020, la parroquia de San Pablo contaba con 11.875 habitantes y desde entonces se obtiene una tasa del 2% de crecimiento poblacional. La mayoría de la población es joven y posee un decrecimiento en los rangos de 70 y más años, pues por cada 100 niños y jóvenes hay 36 adultos mayores. La población femenina tiene mayor prevalencia, unos de los factores causantes es la migración de los hombres en busca de trabajo. Del total de la población el 1.83% se encuentra en la Comunidad de Cochaloma es decir tiene 250 habitantes (12).

2.2.6. Salud

La salud es un derecho que se vincula con otros derechos como es el agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los

ambientes sanos y otros factores que pueden afectar el bienestar individual y social; todo esto garantiza el Estado con la implantación de casas de salud, a comunidades rurales y urbanas para un acceso oportuno a los servicios de salud. La parroquia de San Pablo cuenta con un Centro de Salud tipo B, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y un dispensario en la comunidad de Casco Valenzuela, el cual pertenece al Seguro Campesino del IESS (12).

2.2.7. Transporte

La parroquia cuenta con servicio de cooperativas de transporte público, tanto en el centro y a las comunidades periféricas como la Cooperativa de transporte Otavalo, Los Lagos e Imbaburapak Churimi Kanchik. El horario antes de la pandemia era cada 7 minutos, y luego de la pandemia se extendió a los 12 minutos en el centro de la parroquia, específicamente hay una ruta Otavalo-Cochaloma bajo la responsabilidad de la Cooperativa Imbaburapak en horarios de 6:30am, 14:00pm y 18:00pm. Además, para mejorar la movilidad hay el servicio de cooperativa de “Camiones y camionetas San Pablo” y una compañía de taxis CODETAXIS “Cabañas del Lago”. Por otro lado, hay un déficit de lugares estratégicos como viseras, señalización vertical y horizontal lo cual el exceso de velocidad pone en peligro a la población (12).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. El envejecimiento

El envejecimiento inicia luego de los 60 años de edad; es la etapa final del ciclo de vida, en donde el individuo tras varios años de vivir sufre diversos daños moleculares y celulares, así que inicia la declinación de las capacidades físicas y mentales, lo que le hace más frágil a padecer alguna enfermedad o en casos extremos la muerte (13).

2.3.2. Características del envejecimiento

El grupo de adultos mayores conllevan una serie de cambios fisiológicos por desgastes generalizados y progresivo de la mayoría de los aparatos y sistemas corporales.

a. Síndrome del envejecimiento

Es la aparición de modificaciones corporales, como la “sarcopenia” que es el desgaste gradual de la masa muscular esquelético causando el declive de las funciones motoras, por lo que se acompaña de inactividad física para realizar ejercicios; también se asocia al metabolismo basal, por ende, las necesidades energéticas disminuyen (14).

b. Cambios en la visión

Los problemas visuales inician a partir de los 50 años de edad y van avanzando conforme pasan los años, los cambios refractivos relacionas con la edad son hipersensibilidad al contraste de la luz, disminución de la agudeza visual, déficit en la percepción de la profundidad y adecuación del cristalino, lo que conlleva a desarrollar patologías como cataratas, glaucomas y degeneración macular; el desgaste visual se asocia con al riesgo de ciadas por no observar elementos presentes en el piso (15).

c. Cambios auditivos

Los cambios auditivos relacionados con la edad se los conoce como “presbiacusia” que la perdida de la facultad auditiva por el desgaste gradual de los órganos, en general la afectación se da en ambos oídos y el adulto mayor no siempre se da cuenta. Las causas son los cambios en el oído interno, cambios en el oído medio, alteraciones nerviosas como también ciertas patologías como diabetes e hipertensión, lo que le dificulta al anciano seguir instrucciones, responder advertencias como alarmas de incendios e interactuar en conversaciones telefónicas o personales (16).

d. Cambios en la piel

La piel sufre cambios externos e internos progresivamente con el envejecimiento, en la epidermis se pierde aproximadamente el 15% de melanocitos por cada 10 años, pero en las áreas fotoexpuestas se duplica su densidad; se reduce las células de Langerhans y se debilita la inmunidad. En la dermis disminuye el colágeno y los fibroblastos aproximadamente 1% anual, con el desgaste progresivo del tejido elástico en la dermis papilar (17).

e. Cambios en el aparato reproductor masculino

A nivel de las vesículas seminales hay el desgaste amiloideo y el reemplazo de las fibras musculares por tejido conectivo; la próstata sufre afecciones como la hiperplasia que es el aumento del número y el desarrollo de células, por ende, crece el órgano afectando a la salud; también se afecta el ciclo sexual en donde la fase de excitación necesita mayor estimulación, la fuerza muscular disminuye, los testículos se elevan parcialmente y lo hacen con más lentitud.

f. Cambios en el aparato reproductor femenino

El cambio principal del envejecimiento en mujeres es a nivel hormonal por el cese de la menstruación, denominado como la menopausia. En cuanto a los órganos genitales se ven afectadas las paredes vaginales ya que se hacen más delgadas, secas y pierden elasticidad, por ende, son propensas a frecuentes irritaciones, aumenta el riesgo infecciones por candidiasis vaginal; también hay la declinación del tejido mamario, menor deseo y respuesta sexual; en situaciones extremas hay el riesgo del prolapso del útero o vagina (18)

2.3.3. El envejecimiento saludable

a. Década del envejecimiento

La década del envejecimiento comprende desde el año 2021 hasta el 2030, a lo cual el pronóstico para entonces es que una de cada seis personas tendrá 60 años o más. Este plan de estrategias está impulsado por las Naciones Unidas, junto a gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, instituciones académicas, medios de comunicación y sectores privados.

Se espera que la transición en la sociedad sea: cambiar la ideología, sentir y actuar ante el envejecimiento, proporcionar que la comunidad impulse las habilidades en los ancianos, brindar una atención integrada y centrada en el primer nivel de atención y abrir las puertas de las instituciones de salud para tratamientos de larga estancia.

El envejecimiento saludable es el mantenimiento de las capacidades funcionales, con el fin de que sigan ejecutando ciertas actividades que realizaban a lo largo de su vida, y la edad no sea un obstáculo para su aporte a la sociedad. Las capacidades funcionales comprenden satisfacer sus necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; poseer una adecuada capacidad motora; establecer y sustentar relaciones sociales y aportar a la sociedad. La capacidad intrínseca se basa en las habilidades mentales y físicas las cuales están estrechamente ligadas con en el entorno que rodea al adulto mayor; ya que es en donde crece y se desarrolla.

En su mayoría los determinantes del envejecimiento pueden ser evitados o mejorados, mediante la organización de estrategias dirigidas a distintos niveles como la familia, comunidad, región local o mundial; el objetivo es erradicar por completo la discriminación y así lograr un envejecimiento saludable en todos los adultos mayores posibles.

La OMS entre el 2013 y 2019 midió el envejecimiento saludable accediendo a 55 países, de los cuales 42 países poseían una tasa de envejecimiento de 678,5 millones

de personas mayores, el 16% en cada país y el 65% a nivel mundial, de lo cual prevalecía el sexo femenino. Alrededor del 14% de los adultos mayores tenían dificultad al realizar sus actividades básicas para vivir con sentido y dignidad, como convivir en su entorno, vestirse por sí mismo, cumplir con indicaciones médicas, gestionar su dinero o finanzas, entre otras actividades. Con referencia a las capacidades intrínsecas los adultos mayores no son un grupo homogéneo, pues muchas personas con más de 90 años poseen las mismas habilidades de las de 60 a 64 años (19).

2.3.4. Tipos de adulto mayor

Para catalogar al adulto mayor se debe aplicar escalas, test y cuestionarios que valoran la calidad y estilo de vida, tras estas actividades se clasifican en (20):

a. Adultos mayores funcionales

Al adulto mayor funcional también se lo denomina adulto mayor sano, se lo define como aquel individuo que tiene la capacidad autónoma de satisfacer sus necesidades básicas como alimentarse solo, mantener una higiene personal, controlar los esfínteres, buena actividad motora, conciliar el sueño, vestirse solo, utilizar accesorios de movilización, entre otros; ya sea sin ningún inconveniente o sea con un esfuerzo mínimo. También debe tener la capacidad de enfrentar el proceso de cambios físicos, crear un ambiente saludable y seguro para desarrollar sus actividades; incluso para que realicen funciones que les permitan aportar económicamente a su familia o cuidadores.

b. Adultos mayores disfuncionales

Al adulto mayor disfuncional también se lo denomina adulto mayor dependiente, es aquel que por algún problema de salud física posea ciertas limitaciones para ejecutar las actividades de la vida diaria, es decir no es capaz de valerse por sí mismo. Por otro lado, un problema mental también le impide ser capaz de tomar decisiones; para ello es de suma importancia que la familia o cuidador cree y mantenga un entorno seguro

como poner barras y piso no deslizables en el baño, colocar productos peligrosos fuera de su alcance, entre otras actividades.

2.3.5. Enfermedades del adulto mayor

a. Trastornos neurológicos

El peso del cerebro de un adulto oscila entre 1.4 kg; durante el envejecimiento progresivamente este disminuye más o menos el 14% de su masa, por lo cual entre los 70 y 89 años de edad pesa aproximadamente entre 930 y 1350 g. En la corteza y sustancia blanca del cerebro el evento más común que se presenta por la edad es la atrofia, pues el volumen de ambas áreas se reduce durante el envejecimiento, lo que conlleva a un declive de sus funciones y así fácilmente aparecen las enfermedades neurodegenerativas como la demencia; una afección en una de las dos áreas se manifiesta con conductas psiquiátricas como depresión, agresividad, compulsividad, inatención y alucinaciones.

Los efectos de la edad en los ganglios de la base de los hemisferios cerebrales, específicamente la atrofia del asa motora se denomina la enfermedad del Parkinson la cual se presenta con alteración en las contracciones musculares; estos ganglios son ricos en vascularización lo que se hacen vulnerables a sufrir afecciones embolicas, estados de hipoperfusión y sepsis, las manifestaciones clínicas son la descoordinación en los movimientos, extrapiramidalismo, rigidez, alteraciones de la intencionalidad, entre otros signos y síntomas.

El sistema límbico es un conjunto de estructuras complejas que se localizan alrededor del tálamo, es el encargado del estado emocional y formación de la memoria en el individuo; un trauma influye en el procesamiento de la información recogido por los órganos sensitivos, otra manifestación es la depresión por la disminución del volumen del hipocampo y la corteza perofrontal.

Mientras tanto a nivel del cerebelo el efecto por la edad es la disminución del flujo sanguíneo, aproximadamente en un 28% hacia los 80 años de edad. Una lesión del cerebelo causa alteraciones motoras, enfermedades psiquiátricas, déficit en los dominios cognitivos visoespaciales y desorden en el habla (21).

b. Trastornos renales

Los trastornos renales son muy frecuentes en los adultos mayores, pues a nivel morfológico y funcional hay un significativo deterioro en los riñones, la masa renal en un recién nacido es aproximadamente 50 g, en adultos 400 g y después de los 90 años está por debajo de los 300 g; principalmente hay cambios corticales, preservación relativa de la región medular y el desgaste celular en las arteriolas aferentes y eferentes, como resultado de desarrolla la esclerosis glomerular.

Es importante conocer que en el envejecimiento la secreción de eritropoyetina y hemoglobina es normal pues la función tubular proximal es buena, los niveles de urea son normales a pesar que la TFG disminuye, en ancianos sanos la cantidad de los electrolitos están dentro de los rangos normales, no hay hematuria ni proteinuria, la adaptación del asa de Henle y el túbulo colector facilita la eliminación de sodio y agua libre.

Los individuos mayores a los 60 años de edad son vulnerables a padecer una lesión renal aguda; su etiología es las infecciones, cirugías, afecciones cardíacas, alteraciones hemodinámicas, administración de fármacos neurotóxicos y uropatías obstructivas; específicamente en los ancianos de debe la declinación de la masa magra muscular y los niveles de creatinina, insuficiencia cardíaca, patologías renales crónicas, diabetes mellitus, entre otras comorbilidades.

La enfermedad renal crónica es la alteración en la morfología y fisiología renal con una duración de más de 3 meses, en estos casos los pacientes necesitan ser sometidos a tratamientos de largo plazo, por lo cual tras una valoración tienen el derecho de elegir

la modalidad de su tratamiento, como la terapia domiciliaria o terapias institucionalizadas, depende del apoyo familiar y condiciones económicas (21).

c. Trastornos cardiovasculares

Los cambios fisiológicos y morfológicos por el envejecimiento en las moléculas y células hacen que el corazón sea vulnerable a padecer alguna enfermedad, a pesar de la degeneración el corazón tiene la capacidad de adaptarse a su potencial, por lo que trata de funcionar adecuadamente, sin embargo, en situaciones estresantes, ejercicio físico agotador o patologías agudas el corazón envejecido tiende a fallar.

El envejecimiento cardiaco afecta principalmente en la disminución del número de miocitos (35% entre los 35 y 70 años de edad), este evento afecta al resto de las células pues disminuye el suministro de oxígeno y nutrientes, por lo cual el anciano es susceptible a padecer un infarto de miocardio, demencia, enfermedades agudas y degenerativas.

El déficit en la eliminación de las proteínas de desecho, declinación de la producción de las proteínas contráctiles y alteración en los niveles de calcio hacen que el corazón tenga una inadecuada elasticidad para que se lleve a cabo la diástole ventricular, también se ve afectado el gasto cardiaco. Por otro lado, el corazón solo tiene la capacidad de mantener el adecuado funcionamiento en reposo, pues en situaciones de estrés aumenta la demanda y el corazón envejecido fracasa al adaptarse (21).

d. Trastornos respiratorios

La degeneración pulmonar por la edad afecta principalmente a los alveolos y está estrechamente relacionado con el envejecimiento del sistema inmunitario. El envejecimiento pulmonar se asocia con el mayor uso de colágeno y disminución de la producción de elastina por los fibroblastos; los conductos alveolares se agrandan por la pérdida del tejido elástico y el cambio en las fibras de colágeno, producto de esto se desarrolla los enfisemas pulmonares.

Las patologías más incidentes en los adultos mayores son las enfermedades obstructivas crónicas (EPOC) y la enfermedad pulmonar intersticial (EIP); la exposición a gases nocivos, microorganismos patógenos, humo de cigarro, asbesto o sílice conllevan al desarrollo de enfermedades pulmonares crónicas. Los ancianos tienen menos posibilidad de resistir ante una infección pulmonar pues la respuesta inmunitaria está disminuida. Por otro lado, también hay desgaste de la pared torácica, aumenta su rigidez entre los 30 y 75 años de edad, los músculos abdominales son efectivos relativamente cuando el individuo está de pie, a medida que pasan los años el diafragma se aplana y es menos eficiente, por lo tanto, aumenta el trabajo respiratorio. Los adultos mayores que son colocados ventilación mecánica se hacen dependientes de este, por lo que el destete es complicado (21).

e. Trastornos endocrinos

El sistema endocrino está constituido por órganos y tejidos que producen hormonas, las cuales circulan en el torrente sanguíneo, hasta llegar al órgano diana para controlar ciertas funciones. Con el envejecimiento las glándulas afectadas son el páncreas, la tiroides, como también las glándulas sexuales; se hacen sensibles a las hormonas o a la cantidad de hormonas, por lo cual se desarrollan enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipotiroidismo e hipogonadismo, respectivamente. Los trastornos relacionados con la glándula tiroidea se asocian con alteraciones en la memoria, cansancio, depresión y fragilidad en el adulto mayor (22).

f. Trastornos osteoarticulares

La articulación es la unidad básica de la estructura osteomioarticular, está comprendida por partes ligamentosas, capsula articular, sinoviales, discos articulares y cartílago articular. A lo largo de la vida esta sufre alteraciones de etiología multifactorial, genéticas, ambientales, hormonales como también va estrechamente relacionado con el envejecimiento; las patologías más frecuentes en los ancianos son artrosis de rodilla, artrosis de mano, lumbalgia y artritis reumatoide. La estructura más afectada por la

degeneración de la edad es el cartílago articular, una causa indirecta también es el factor inmunológico y afecciones inflamatorias; por la edad muchas veces el tratamiento médico no es eficiente (23)

2.3.6. Dimensiones del envejecimiento

El envejecimiento es la pérdida gradual de las funciones y desgaste de los órganos, por lo que el individuo se hace más vulnerable a sufrir enfermedades, por esta razón son más frágiles a los factores externos. Las 3 dimensiones que indican que un individuo ha envejecido son la cronológica que se refiere a los años cumplidos relacionado con el retiro de sus actividades normales, la segunda es la dimensión física en donde son visible los cambios posturales, alteraciones en la marcha, facciones, cambios del color de pelo, piel, disminución en la capacidad visual y auditiva, pérdida de la memoria, alteraciones del sueño, entre otros problemas evidentes por la edad; y la tercera dimensión es la social, se refiere al rol que debe dejar de desempeñar por las limitaciones que se presentan (24).

2.3.7. Calidad de vida

La OMS en 1995 define a la calidad de vida como la “Percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e intereses”. Esta definición no se enfoca solo en lo personal, sino también toma en cuenta la situación económica, social, cultural y ambiental (25).

Marans en el 2012 define a la calidad de vida como el nivel de satisfacción que las personas tienen ante la vida que llevan. Teniendo en cuenta que influyen los factores internos y externos, tales como las características personales, es decir la edad, género, nivel de instrucción, lugar de residencia, tipo de trabajo, situación económica, relaciones sociales y familiares, como también las características del entorno que son la disponibilidad de transporte público, contaminación auditiva y ambiental, seguridad del entorno y calidad de los servicios públicos y privados (26).

El bienestar en la vejez es más complejo de mantenerla al máximo pues los ancianos se estresan con más facilidad, debido a las limitaciones de sus capacidades, por lo cual la tenencia de vivienda, poseer o no ingresos económicos, desempleo, desocupación, entre otras situaciones tienen un significativo valor en la perspectiva que tiene el adulto mayor ante su envejecimiento (25).

También la relación de la calidad de vida con el bienestar social tiende a afectar en la vejez, pues son las oportunidades que se le otorga al individuo, con el fin de permitirle cumplir sus objetivos, para aportar en los procesos económicos, políticos y sociales, ya que de manera indirecta o directa tienden a repercutir sobre la calidad de vida (26).

2.3.8. Dimensiones de la calidad de vida

a. Dimensión física

Se relaciona con el dolor físico, la energía, la satisfacción del sueño, actividad motora, actividades de la vida diaria, la administración de medicamentos y la habilidad conservada para trabajar. Se define como la percepción que tiene el individuo ante su estado físico para cumplir con sus actividades de la vida diaria, y la ausencia de enfermedades; la buena actividad física disminuye el riesgo de contraer alguna patología o lesiones. Dentro de esta dimensión se toma en cuenta el dolor, ya que su presencia disminuye la calidad de vida; por lo cual, el sistema sanitario trabaja con la promoción y mantenimiento de la actividad física, ajustada al esfuerzo y tiempo de las condiciones que presenta el individuo.

b. Dimensión psicológica

Valorar la salud mental es relevante para conocer los sentimientos, pensamientos, autoestima, estimación y espiritualidad del anciano; con el objetivo de medir el nivel de satisfacción, confianza, estabilidad emocional y sensaciones positivas ante sus condiciones de vida, pues la salud mental afecta a la calidad de vida.

c. Dimensión de las relaciones sociales

Se refiere principalmente al vínculo que mantiene con las personas que lo rodean, la cooperación a la sociedad, ayuda social que recibe y la salud sexual; esta dimensión valora el nivel de percepción que tiene el adulto mayor frente al recibir afecto, compañía, amar y la oportunidad de ser amado. Las relaciones sociales son importantes pues forman parte de alcanzar un máximo nivel de bienestar, por lo cual no importa el número de personas, sino la calidad de la relación que estas brindan.

d. Dimensión Medio Ambiente

Se compone por la seguridad física, el lugar de residencia, el estado económico, los servicios, la información, el medio ambiente, el transporte, el espacio para realizar las actividades recreativas y de tiempo de ocio. Es decir, el medio físico es importante porque es el lugar en donde el individuo se desarrolla y adquiere ciertos conocimientos (27).

2.3.9. Indicadores de calidad de vida

Para valorar la calidad de vida se establece un conjunto de indicadores físicos, pues forman parte de los determinantes de salud, es decir tienen influencia con el nivel de bienestar, por lo cual deben permanecer equitativos, seguros y sostenibles; los indicadores de la calidad de vida son: vivienda, ingresos económicos, empleo, comunidad, educación, medio ambiente y compromiso cívico (26).

2.3.10. Salud

La OMS define a la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, quiere decir que el espacio físico, la salud mental y las relaciones sociales tienen efecto en el grado de salud que el adulto mayor presenta.

La salud es un derecho universal del ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social; el mantenimiento de la salud no solo depende del individuo sino también de la intervención de los servicios sanitarios con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; para ello es fundamental que la población sea participe de estos proyectos (28).

2.3.11. Determinantes de la salud

Los determinantes de salud tienen repercusión con el grado de bienestar del individuo, están compuestos por factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales, como también los servicios sanitarios que cuentan con proyectos estratégicos para prevenir la enfermedad y restablecer la salud.

Los determinantes de salud son: el medio ambiente que se refiere a las condiciones físicas que pueden tener efecto positivo o negativo en el ser humano; los estilos y hábitos de vida que son las conductas personales, como también la influencia que tienen el entorno social; el sistema sanitario se refiere a las instituciones que brindan atención de salud y estas deben contar con instrumentos médicos y personal capacitado para cumplir con las necesidades o problemas de salud, y finalmente esta la biología humana que se trata de los factores hereditarios (29).

2.3.12. Relación entre salud y calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es el nivel de bienestar alcanzado por el equilibrio de los factores internos y externos de un individuo. La calidad de vida es la parte externa, la cual se mide con indicadores como el bienestar físico y mental, estilos de vida, vivienda, educación, situación económica, entre otros, y en su mayoría estos indicadores pueden ser modificados para alcanzar un máximo nivel de confort. Por otro lado, la salud es la parte subjetiva, pues es la percepción del individuo frente a la satisfacción con la vida que lleva, y también influye la calidad de los servicios sanitarios.

La CVRS es la autopercepción de la persona ante su propia salud y sus habilidades, tomando en cuenta que también hay el criterio médico, el cual puede ser diferente al del individuo; por ejemplo, cuando hay una enfermedad la rutina diaria del paciente cambia, por ende, también puede influir el tratamiento en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

En la actualidad existen varios instrumentos que miden la CVRS los cuales se clasifican en genéricos y específicos; los genéricos miden la CVRS en personas sanas o en una población con varias patologías; a diferencia de los específicos que se enfocan en una enfermedad en especial (30).

2.3.13. Modelos y teorías de enfermería

a. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Nola Pender nació el 16 de agosto de 1941 en Michigan, hija única de sus padres los cuales estaban a favor de que las mujeres estudiaran. Pender a los 7 años de edad tuvo su primer contacto con la enfermería, al observar los cuidados que recibía su tía enferma; en 1962 obtuvo un diploma de la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park (Illinois), el cual en el mismo año lo inicio a ejercer en una unidad médico-quirúrgica y luego en el servicio de pediatría. En 1964 recibió el título de licenciada en Enfermería en la Michigan State University, posteriormente en 1965 Pender obtuvo un master en Crecimiento y Desarrollo Humano en la misma universidad. En 1969 logro culminar sus estudios del doctorado en Psicología y Educación en la Northwestern University, años más tarde volvió a estudiar un master en Salud Comunitaria en la Rush University (31).

En 1975 publico “A Conceptual Model for Preventive Health Behavior” donde hablaba de como las personas cuidaban de su salud, luego de esta reseña en 1982 Pender desarrolla su primer artículo enfocado en la promoción de la salud llamado

Health Promotion in Nursing Practice, en 1987 fue revisado y presento su segunda edición y la tercera edición se publicó en el 2002 (31).

La Dra. Nola Pender ejerció la docencia por 40 años especialmente en la guía de trabajos de investigación, en aspirantes a la obtención de licenciaturas, másteres y doctorados; por lo cual en 1998 obtuvo un reconocimiento por la universidad Michigan School of Nursing, como también ha recibido numerosos premios y reconocimientos honoríficos por su arduo trabajo en el campo de la investigación (31).

- Modelo de la promoción de la salud

El modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola Pender se enfoca en alcanzar un nivel máximo de bienestar en un individuo dentro de su entorno; en la tercera edición del libro Health Promotion in Nursing Practice describe a la persona como el responsable de crear condiciones de vida y cambiar su conducta para adaptarse al entorno en su naturaleza; el entorno es el medio biopsicosocial que le transforma progresivamente a la persona; y el personal sanitario influye directamente en las personas en todos sus ciclos de vida (31).

- b. Teoría de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció en 1996, su primer contacto con la enfermería fue durante la primera Guerra Mundial. Inicio sus estudios en 1918 en la Army School of Nursing y en 1921 se graduó, en el mismo año ejerció su profesión en el Henry Street Visiting Nurse Servic. Sus contribuciones a la enfermería fueron muy relevantes en especial en la investigación, es autora de tres libros clásicos como Textbook of the Principles and Practice of Nursing (1955), Basic Principles of Nursing Care (1960) y The Nature of Nursing (1966). Su definición de enfermería fue reconocida por el comité de servicios de enfermería del International Council of Nurses (ICN), la cual también criticada positivamente a nivel mundial (31).

- Teoría de las 14 necesidades humanas básicas

La teoría de las 14 necesidades humanas básicas son un conjunto de criterios biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, describe al individuo como aquel que necesita ayuda para ser independiente y este apoyo en su mayoría debe ser cubierta por el personal sanitario; plantea 3 niveles de relación enfermera-paciente que son: sustituta del paciente, colaboradora para el paciente y ser compañera del paciente (31).

c. Teoría del Déficit del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem nació en 1914 en Baltimore y murió en el año 2007. Su primer diploma de enfermería lo obtuvo en la Providence Hospital School of Nursing, en 1939 culminó la licenciatura en Educación de la Enfermería en la Catholic University of America (CUA) y en 1946 sacó una maestría en la misma universidad (31).

Tras escribir su primer libro *Nursing: Concepts of Practice*, Orem recibió el título de doctora en la Georgetown University, en 1980 recibió el premio Alumni Association por su teoría, en el mismo año volvió a titularse como doctora en honoris causa de Ciencias; en 1988 recibió el doctorado en Letras, fue miembro del comité de la American Academy on Nursing y finalmente en el 1999 obtuvo el doctorado en Enfermería por la University of Missouri (31).

En la práctica asistencial se destacó en los servicios de quirófano, servicios privados (asistencia domiciliaria) y servicios de emergencias; fue directora de Providence Hospital School of Nursing. Su objetivo era mejorar la calidad de los cuidados de enfermería por lo cual trabajó en proyectos para mejorar la formación en las escuelas de enfermería (31).

- Teoría del déficit del autocuidado

La teoría del déficit del autocuidado se refiere a la capacidad del individuo para realizar ciertas actividades y la necesidad del apoyo de un cuidador para alcanzar el máximo

nivel de bienestar, las limitaciones totales o parciales hacen que las personas de hagan independientes (31).

Los seres humanos poseen la capacidad de adaptarse a los sus propios cambios físico y mentales y los que se producen en su entorno, pero puede haber situaciones que se excedan y el individuo necesite ayuda e intervención de familiares, amigos y profesionales sanitarios en especial del personal de enfermería (31).

2.4.Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador que rige desde el 2008 garantiza el respeto de derechos, cumplimiento de deberes y brinda las mismas oportunidades a toda la ciudadanía; para el presente trabajo de investigación se va a mencionar (32):

El Título II de los Derechos, capítulo segundo, sección séptima, establece que:

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.

El Título II de los Derechos, capítulo tercero en la sección primera, se impone específicamente los derechos hacia el adulto mayor.

Art. 36.- *Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.*

Art. 37.- *El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:*

- a. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.*
- b. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.*
- c. La jubilación universal.*
- d. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.*
- e. Exenciones en el régimen tributario.*
- f. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.*

- g. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.*

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

En particular, el Estado tomará medidas de:

- a. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.*
- b. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.*
- c. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.*

- d. *Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.*
- e. *Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.*
- f. *Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.*
- g. *Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.*
- h. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.*
- i. *Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.*
- j. *La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.*

2.4.2. Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025

El Plan de Creación de oportunidades recoge la esperanza y sueños de millones de ecuatorianos de cada rincón de la patria; a través de 5 ejes: económico, social, seguridad integral, transición ecológica e institucional, con el objetivo de generar progreso sin que el Estado sea un obstáculo, sino un facilitador (33).

A. Acceso equitativo a servicios y reducción de brechas territoriales.

A1. Garantizar la atención integral de salud con énfasis en el sector rural.

A2. Promover una alimentación sana y nutritiva, potenciando la producción local, con un enfoque de seguridad alimentaria.

A3. Crear redes de empleo, priorizando el acceso a grupos excluidos y vulnerables, con enfoque de pluriculturalidad e interculturalidad.

B. Fortalecimiento de la gestión y uso sostenible el suelo para la mejora del hábitat y las condiciones de vida.

B1. Incrementar la dotación, cobertura y acceso a equipamiento urbano estratégico de soporte a la salud, educación, medios de producción, recreación y seguridad, para reducir la heterogeneidad de los territorios y la exclusión social.

C. Atención integral a la población, priorizando la primera infancia.

C1. Promover servicios de atención integral a los grupos de atención, con enfoque de igualdad.

Objetivos del Eje Social:

Objetivo 5. Proteger a las familias, garantizar sus derechos y servicios, erradicar y promover la inclusión social.

5.1 Promover el ejercicio de derechos y la erradicación de la pobreza con énfasis en las personas y grupos de atención prioritaria.

5.2 Combatir toda forma de discriminación y promover una vida libre de violencia, en especial la ejercida con adultos mayores y aquellos en situación de vulnerabilidad.

Objetivo 6. Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.

6.1 Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizada la atención a adultos mayores y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.

6.2 Asegurar el acceso universal a las vacunas y la adopción de medidas sanitarias para prevenir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas en la población.

2.4.3. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo implantar los principios y normas para que el Sistema Nacional de Salud funcione de una manera correcta ya que se rige a nivel nacional (34):

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

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 particulares

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud

2.5. Marco Ético

2.5.1. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería

El personal de enfermería cumple un rol importante dentro de la atención sanitaria, posee cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y brindar cuidados paliativos; a lo cual es importante que los individuos que ejercen la profesión actúen a base de valores y necesidades sociales (35):

Elemento del Código No 1: La enfermera y las personas.

- *Promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.*
- *Compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular de las poblaciones vulnerables.*

- *Defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.*
- *Demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.*

2.5.2. Código de Helsinki

La Declaración de Helsinki es una propuesta de principios éticos que orientan a los médicos y demás personal sanitario a realizar investigaciones en seres humanos para beneficio del mismo (36).

***Comentario II.-** Es of the human subject, siendo el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles (best proven) deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad (must continuously be challenged through research for their effectiveness, efficiency, accessibility and quality)*

***Comentario IV.-** Toma en cuenta las poblaciones especiales, vulnerables, más débiles, y los riesgos de coerción más o menos encubierta o disfrazada. La versión inglesa podría traducirse mejor como “aquellos que pudieran ser sometidos a presión para dar su consentimiento”.*

***Comentario XI.-** La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.*

Comentario XX.- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad (privacy) de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

La metodología que se utilizó para la presente investigación tiene un enfoque cuantitativo y no experimental.

- **Cuantitativo:** Se aplicó un instrumento validado que nos ayudó en la recolección de datos numéricos, los cuales, a través de métodos estadísticos buscó la respuesta a la hipótesis, es decir se midió la Calidad de Vida relacionada con la Salud en los adultos mayores de la comunidad en estudio, con el objetivo de establecer un nivel de bienestar en dicha población (37).
- **No experimental:** No se manipuló deliberadamente las variables; la calidad de vida en los adultos mayores va a se observó tal como se presenta en el contexto natural (38).

3.2. Tipo de la Investigación

La Investigación es de tipo descriptiva, de campo o directa, correlacional y corte transversal:

- Descriptiva, se trabajó con una encuesta sobre la realidad de la calidad de vida en la población en estudio, con el fin de interpretar cuál es el nivel de bienestar alcanzado, indagando y recogiendo información de manera individual y colectiva sobre calidad de vida (39).

- De campo o directa, ya que los datos se recolectaron directamente por el investigador en el lugar donde se producen los hechos, sin manipular variables que alteren la realidad (38).
- De estudio correlacional, porque se midió la relación de dos tipos de variables como es la calidad de vida y el estado de salud físico, mental y social en la misma población (40).
- De corte trasversal, por que busca determinar el nivel de bienestar en los adultos mayores de la comunidad en estudio, por una sola ocasión y un periodo de tiempo establecido (41).

3.3. Localización y ubicación del estudio

La comunidad de “Cochaloma” está ubicada en la parroquia San Pablo del Lago, perteneciente al cantón Otavalo de la provincia Imbabura. La parroquia rural de San Pablo está a una distancia de 95 km de Quito y 40 km de Ibarra.

3.4. Población

3.4.1. Universo

En esta investigación se trabajó con el total de la población de adultos mayores (individuos con más de 65 años) hombres y mujeres que pertenecen a la comunidad de Cochaloma.

3.4.2. Muestra

Debido al número del universo no se escogió trabajar con muestra, sino más bien con el total de la población.

3.4.3. Criterios de inclusión

- Todos los adultos mayores (personas mayores de 65 años) residentes en la comunidad en estudio.
- Personas adultas mayores de 65 años de edad que quieran participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

3.4.4. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Adultos mayores que no estén el día que se aplique la encuesta.
- Adultos mayores que no quieran participar en el estudio.
- Adultos mayores que no posean la capacidad física y mental para responder la encuesta.

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo 1. Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio.						
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo de variable	Escala	Instrumento
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (42).	Edad	Años cumplidos	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • 65 – 70 • 70 – 75 • 75 – más años 	Cuestionario
		Etnia	Auto identificación	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Afrodescendiente • Indígena • Blanco • Otros 	Cuestionario
		Estado civil	Documento de identificación personal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a • Casado/a • Divorciado/a • Viudo/a • Unión libre 	Cuestionario
		Nivel de instrucción	Ultimo nivel aprobado	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabetismo • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Técnico/superior 	Cuestionario
		Género	Características sexuales externas	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cuestionario

		Ocupación	Documento de identificación personal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Agricultor/a • Ganadero/a • Profesional publico • Profesional privado • Ninguno 	Cuestionario
		Vivienda	Características de la vivienda	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Propia • Arrendada • Prestada • Otra 	Cuestionario
		Número de hijos	Número de hijos	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 – 3 • 4 – 6 • 7 – 10 	Cuestionario

Objetivo 2. Establecer niveles de bienestar a través de la aplicación del instrumento “Cuestionario de Salud SF-36”						
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo de variable	Escala	Instrumento
Niveles de bienestar	Sinónimo de calidad de vida, son una serie de condiciones de las que debe gozar una persona para poder satisfacer sus necesidades, de modo que tenga una vida cómoda (43)	Rol físico	Nivel de rendimiento en las actividades de la vida diaria	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Solo alguna vez • Nunca 	Cuestionario
		Dolor corporal	Intensidad de dolor	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Solo alguna vez 	Cuestionario

					<ul style="list-style-type: none"> • Nunca 	
		Salud general	Percepción del individuo frente a su salud	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Solo alguna vez • Nunca 	Cuestionario
		Vitalidad	Agotamiento o fatiga	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Solo alguna vez • Nunca 	Cuestionario
		Rol emocional	Percepción de los problemas emocionales con la ejecución de las actividades habituales	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Solo alguna vez • Nunca 	Cuestionario

Objetivo 3. Relacionar el estado de salud en adultos mayores con la calidad de vida						
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo de variable	Escala	Instrumento
Calidad de vida relacionada con la salud	Es la evaluación subjetiva del impacto que tiene la salud en un individuo física, mental y emocionalmente (44).	Función social	Vínculo social con las personas cercanas	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Regular • Bastante • Mucho 	Cuestionario
		Función física	Nivel de dificultad	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Regular • Bastante 	Cuestionario

					<ul style="list-style-type: none"> • Mucho 	
		Salud mental	Percepción de alteraciones mentales	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Regular • Bastante • Mucho 	Cuestionario
		Transición de la salud	Comparación de la salud actual con la del pasado	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Mucho mejor ahora que hace un año • Algo mejor ahora que hace un año • Más o menos igual que hace un año • Algo peor ahora que hace un año • Mucho peor ahora que hace un año 	Cuestionario

3.6. Métodos de recolección de información

EL método para la recolección de datos de presente investigación fue una encuesta.

3.6.1. Técnica

El método para la recolección de los datos es una encuesta validada, se llama Cuestionario de Salud SF-36 la cual, por medio de 36 preguntas cerradas determinará el nivel de bienestar en los adultos mayores de la comunidad en estudio.

3.6.2. Instrumentos

El Cuestionario de Salud SF-36 es un instrumento genérico validado y reconocido a nivel mundial, también se dió su aprobación en varios países de América como Argentina, Colombia, Honduras y México; su objetivo es medir la calidad de vida y su relación con la salud en personas ≥ 14 años para la implementación de medidas que mejoren el nivel de bienestar; consta de 36 preguntas cerradas de fácil interpretación, de las cuales los literales de las respuestas están medidas con la escala de Likert; su óptima puntuación es de 100/100 puntos siendo excelente, el cuestionario detalla nueve categorías o indicadores de la calidad de vida como (45):

Especificaciones de las categorías o indicadores del Cuestionario SF36

Categoría o indicador	Referencia	Nº de ítems
Función física	Se refieren a que un mal estado de salud podría limitar o disminuir las actividades físicas o motoras en el individuo	10
Rol físico	Evalúa el nivel de rendimiento de la salud física disminuido o escaso en la	4

	ejecución de las actividades de la vida diaria.	
Dolor corporal	Mide la intensidad del dolor y la repercusión que tiene para que el individuo deje de realizar sus actividades habituales.	2
Salud general	Valora la percepción del individuo frente a su salud actual, futura y la oposición a enfermar.	5
Vitalidad	Mide el grado de vigor, por medio del criterio de agotamiento o fatiga.	4
Función social	Muestra la repercusión que tiene la salud física y emocional con la ejecución de las actividades diarias del individuo.	2
Rol emocional	Relaciona el nivel de afectación que tienen los problemas emocionales con la ejecución de las actividades habituales en el individuo.	3
Salud mental	Valora alteraciones de la salud mental como depresión, ansiedad, control de la conducta y control emocional.	5
Transición de salud	Se refiere a la comparación de la salud actual con la de hace un año.	1

Fuente: Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Santed Rosalía, Valderas José. 2005

3.7. Análisis de datos

Luego de la aplicación del instrumento los datos de la encuesta se tabularon en Microsoft Excel, en donde fue cómodo organizar las respuestas, ya que nos permitió realizar cálculos y crear una variedad de gráficos y tablas para facilitar la interpretación de los resultados.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la Investigación

4.2. Caracterización sociodemográfica

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población

Dimensión	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Edad	65 - 70 años	11	35,48
	70 - 75 años	6	19,35
	75 y más años	16	45,16
Género	Masculino	13	41,94
	Femenino	18	58,06
Etnia	Mestizo	2	6,45
	Indígena	29	93,55
Número de hijos	Ninguno	4	12,9
	1 - 3 hijos	5	16,13
	4 - 6 hijos	14	45,16
	7 - 10 hijos	8	25,81
Estado civil	Soltero	3	9,68
	Casado	20	64,52
	Viudo	8	25,81
Instrucción	Analfabetismo	25	80,65
	Primaria incompleta	5	16,13
	Primaria completa	1	3,23
Ocupación	Ama de casa	18	58,06
	Agricultor	12	38,71
	Ninguno	1	3,23
Vivienda	Propia	27	87,1
	Prestada	4	12,9

Los investigados del presente estudio oscilan entre la edad de 65 a 90 años, con predominio en el rango de 75 años y más; más de la mitad son de sexo femenino en comparación con el número de hombres, de etnia indígenas casi en su totalidad, un

grupo minoritario son mestizos, casados, con instrucción casi en su totalidad analfabetos, se pudo evidenciar que la ocupación que predomina en esta población es los quehaceres del hogar seguido de la agricultura. En un estudio similar realizado en la provincia del Guayas las características sociodemográficas en aquella población son que un poco más de la mitad son hombres, en relación a la edad la mayoría están en el rango de 60 – 70 años de edad seguidos de un porcentaje casi similar por el rango de 71 – 80 años, con respecto al estado civil el porcentaje mayoritario son los adultos mayores casados, del total de la población un poco más de la mitad se consideran mestizos seguido de los montubios; en el nivel de instrucción predomina haber culminado la educación básica y en la ocupación se encuentran en actividades no conocidas como también hay un porcentaje considerable que son jubilados (10). La relación del presente estudio con la investigación de la discusión es que las características sociodemográficas son diferentes en los rangos de edad, género, etnia, instrucción y ocupación, debido a la ubicación demográfica pues la población del presente estudio en su mayoría indígenas, viven en una zona netamente rural alejada de la ciudad, en donde carecen de instituciones educativas, centros de salud, servicios de seguridad, entre otros; por lo cual estas personas no tuvieron la oportunidad de estudiar y las mujeres se dedicaron a las tareas del hogar y los hombres a la agricultura, también se pudo evidenciar que la mayorías de las personas contrajeron matrimonio, y en la actualidad son viudos.

En la población investigada también se tomó en cuenta el número de hijos en donde predomina el rango de 4 a 6 hijos, seguido de 7 a 10 hijos. Según el INEC entre el año 1960 hasta 1980 que aproximadamente estaban en la edad fértil las mujeres que participaron en la investigación, el promedio de hijos era de 5 a 6 hijos (46). Los datos del INEC con respecto a los datos obtenidos en la investigación tienen concordancia, una de las razones por la cual las mujeres tuvieron aquel número de hijos es que contraían matrimonio a temprana edad y no conocían los métodos anticonceptivos.

Con respecto a la vivienda se tomó en cuenta si era propia, prestada, arrendada u otras condiciones, a lo cual casi la totalidad de la población son dueños de su casa. Según datos del INEC en el censo del 2010 en Imbabura el 47.5% del total de la población

posee una casa propia y totalmente pagada (47). Por lo tanto, los resultados de la investigación con los datos del censo están acorde, la población de la comunidad en estudio construyó sus hogares luego de haber culminado de pagar para poseer estas tierras.

4.3. Niveles de bienestar a través de la aplicación del instrumento “Cuestionario de Salud SF-36”

Tabla 2. Percepción de la población frente a su estado de salud

Bienestar	Excelente (%)	Muy buena (%)	Buena (%)	Regular (%)	Mala (%)
Estado de salud	6,45	6,45	25,81	48,39	12,9

Según los datos obtenidos de la población en estudio, con respecto a su perspectiva ante su bienestar se observa que la mayoría de los adultos mayores sienten que su estado de salud es regular, seguido de las personas que respondieron que es bueno y en bajos porcentajes, pero similares sienten que esta excelente y muy buena. En un estudio similar más de la mitad de los adultos mayores (63.7%) refieren estar satisfechos con su estado de salud (9). La diferencia de los adultos mayores de la investigación utilizada para la discusión con el presente estudio es que el promedio de edad es menor, por lo cual aparentemente tienen menos malestares físicos, mentales y sociales, es decir no tienen mucha limitación para realizar sus actividades de la vida diaria.

Tabla 3. Percepción de la población frente a su función física

Función física	Sí, me limita mucho (%)	Sí, me limita un poco (%)	No, no me limita nada (%)
Esfuerzos intensos	41,94	45,16	12,9
Esfuerzos moderados	35,48	48,39	16,13
Llevar bolsas de compras	9,68	38,71	51,61
Subir varios pisos	38,71	35,48	25,81
Subir un solo piso	25,81	54,84	19,35
Agacharse o arrodillarse	35,48	25,81	38,71
Caminar un km o más	41,94	29,03	29,03
Caminar varios m	41,94	38,71	19,35
Caminar 100 m	22,58	61,29	16,13
Bañarse o vestirse	3,23	32,26	64,52

Tabla 4. Rol físico de la población

Rol físico	Siempre (%)	Casi siempre (%)	Algunas veces (%)	Sólo alguna vez (%)	Nunca (%)
Reducir el tiempo	3,23	25,81	48,39	22,58	0
Hizo menos	3,23	25,81	35,48	25,81	9,68

Dejar de hacer algunas tareas	3,23	29,03	38,71	16,13	12,9
Dificultad	6,45	25,81	35,48	25,81	6,45

La perspectiva de los investigados ante los indicadores de la salud física que se usaron en el instrumento es que casi la mitad de la población tiene un poco de limitación para realizar esfuerzos intensos y moderados tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores, mover mesas, usar la aspiradora, jugar o caminar más de una hora; con relación a coger o llevar la bolsa de las compras más de la mitad no tiene limitaciones para realizarla; un porcentaje considerable tiene mucha limitación para subir varios pisos, en subir un solo piso hay un porcentaje predominante con un poco de limitación; con respecto a agacharse o arrodillarse hay un predominio en no tener limitaciones; en relación a caminar varios kilómetros y caminar varios metros el predominio de porcentaje se encuentra en tener mucha limitación pero para caminar 100 metros la mayoría de los adultos mayores tiene un poco de limitación y finalmente el mayor porcentaje para ejecutar actividades como bañarse o vestirse es que no tienen limitaciones. En un estudio sobre la calidad de vida en adultos mayores los resultados de la salud física fueron que el 14.2% están nada o poco satisfechos, el 21.4% consideran que su salud es normal y el 64.3% están muy satisfechos con su salud (6). Evidentemente los resultados de ambos estudios son similares pues la degeneración física no les permite realizar actividades forzadas y que requieran de mucha energía, a diferencia de las actividades de la vida diaria como el cuidado personal; la mayoría de los adultos mayores del estudio actual viven solos por lo cual se adaptan a las condiciones sociales y del espacio para llevarlas a cabo; por otro lado, de la investigación que se usó en la discusión varios de ellos refieren que a pesar las enfermedades degenerativas lo importante es cumplir con las actividades cotidianas.

Con respecto al rol físico la mayoría de los encuestados refirieron que algunas veces redujeron el tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas, hicieron menos de que lo hubiesen querido hacer, dejaron de hacer algunas tareas y les costó más de lo

normal llevar a cabo su trabajo. En un estudio realizado en adultos mayores de Colombia mediante la escala de Barthel, el cual mide el rendimiento de las actividades de la vida diaria, obtuvieron que el 86.3% son independientes, el 12.6% son dependientes leves, el 0.6% tienen dependencia total y el 0.5% dependencia moderada (11). Evidentemente los resultados de ambos estudios son similares pues la mayoría de los adultos mayores son independientes a pesar de las limitaciones de la edad, cabe recalcar que las personas del actual estudio a más de las actividades cotidianas como alimentarse, ducharse, vestirse, movilidad física, entre otras, los hombres aun frecuentan ir a trabajar en el terreno y cuidar el ganado, las mujeres se quedan en la casa cocinando y limpiando, es decir a diferencia del otro estudio si ejecutan actividades más complejas, debido al lugar de residencia y condiciones económicas pues tener sus propios cultivos son el medio por el cual obtienen productos para alimentarse, ya que no poseen la jubilación.

Tabla 5. Percepción de la población ante su salud mental y vitalidad

Salud mental y vitalidad	Siempre (%)	Casi siempre (%)	Algunas veces (%)	Sólo algunas vez (%)	Nunca (%)
Se sintió vital	0	25,81	25,81	45,16	3,23
Tuvo energía	3,23	22,58	41,94	25,81	6,45
Tuvo agotamiento	0	48,39	29,03	19,35	3,23
Sintió cansancio	0	45,16	35,48	19,35	0
Estuvo nervioso	0	6,45	35,48	51,61	6,45
Baja moral	0	9,68	48,39	35,48	6,45
Tuvo tranquilidad	3,23	38,71	45,16	12,9	0
Estuvo desanimado	0	29,03	32,26	35,48	3,23
Estuvo feliz	0	51,61	22,58	25,81	0

Tabla 6. Rol emocional de la población

Rol emocional	Siempre (%)	Casi siempre (%)	Algunas veces (%)	Sólo alguna vez (%)	Nunca (%)
Redujo el tiempo por problemas emocionales	3,23	22,58	41,94	29,03	3,23
Hizo menos por problemas emocionales	3,23	22,58	25,81	45,16	3,23

Fue cuidadoso con sus actividades	0	9,68	45,16	29,03	16,13
--	---	------	--------------	-------	-------

Con respecto a la salud mental, vitalidad y rol emocional la mayoría de los investigados en las últimas 4 semanas, casi siempre se han sentido agotados, cansados, felices, han reducido el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas por problemas emocionales, han hecho menos de lo que hubieran querido y realizado sus actividades menos cuidadosamente que de costumbre; un poco menos de la mitad algunas veces la mayoría se ha sentido con energía, baja la moral y con tranquilidad; con mayores porcentajes los adultos mayores solo algunas veces se han sentido con vitalidad, nerviosos y desanimados. En un estudio realizado en ancianos chilenos sobre la calidad de vida en el confinamiento por COVID-19 el 66% afirman sentir tristeza con frecuencia por no poder compartir tiempo con sus seres queridos, el 61% del total de la población declara sentir frecuentemente miedo, se evidenció que el 58% “nunca” y “pocas” veces han sentido soledad, mientras que 42% refiere “a menudo”, “la mayor parte del tiempo” y “siempre” (48). En un estudio que compara la población entre dos provincias, aplicado el mismo instrumento SF-36 el 60%, en una de las poblaciones hay una vitalidad regular, pues su energía y vitalidad no son suficientes para llevar a cabo sus actividades por una semana, de los 7 días 4 días sienten cansancio y 3 días energía para trabajar (49). Con respecto a la salud mental, vitalidad y rol emocional los adultos mayores son considerados un grupo de riesgo, debido a las degeneraciones que se presentan por la edad; por ende, no tienen la misma energía que cuando eran jóvenes, así que necesitan más ayuda para ejecutar ciertas actividades y apoyo emocional, en su mayoría refirieron que a pesar de estar pasando por algún problema deben cumplir con sus deberes del hogar, no dar importancia a sus sentimientos. Los encuestados de la investigación utilizada en la discusión estaban en una situación vulnerable como es el confinamiento por la pandemia en donde había menos contacto físico; los adultos mayores del estudio actual por condiciones demográficas y culturales no mantienen un apego físico frecuente; al final resulta ser casi lo mismo.

Tabla 7. Percepción de la población frente al dolor

Dolor corporal	Nada (%)	Un poco (%)	Regular (%)	Bastante (%)	Mucho (%)
Dolor en el último mes	9,68	19,35	25,81	22,58	22,58
Limitaciones por el dolor	6,45	48,39	19,35	25,81	0

En relación a la percepción del dolor la mayoría de la población refiere que durante las últimas 4 semanas han sentido regularmente dolor, casi la mitad han tenido un poco de limitaciones para ejecutar sus actividades cotidianas. En una investigación específicamente de la presencia de dolor en adultos mayores de 80 años obtuvieron que la mayoría presentan dolor moderado, ningún anciano llegó a decir que ha sentido dolor severo, en cuanto a la interferencia del dolor en las actividades, 45 de 60 encuestados manifestaron que el dolor interfiere moderadamente en el desempeño de las actividades generales como caminar y trabajar normal; un 39% no conciliado de buena manera el sueño y el 24% no siente placer de vivir por la presencia del dolor (50). El dolor es una sensación desagradable que si llega a ser intenso puede ser una interferencia para el cumplimiento de ciertas actividades habituales y fisiológicas; los resultados del estudio actual y la investigación utilizada en la discusión son similares en cuanto a la percepción del dolor, cabe recalcar que los rangos de edad se parecen; por otro lado, en relación con las dificultades que ocasiona el dolor las personas del estudio actual han presentado un poco de dificultad, pese a esto manifestaron que cumplen con sus deberes diarios pues principalmente deben salir a buscar alimentos, a diferencia de la investigación que se usó en la discusión en donde la mayoría pueden descansar porque poseen una jubilación, es decir, tienen un sustento seguro para adquirir lo básico y subsistir, además un gran porcentaje busca métodos farmacológicos para calmar su malestar.

Tabla 8. Percepción de la población en relación a salud general

Salud general	Totalmente cierta(%)	Bastante cierta (%)	No lo sé (%)	Bastante falsa (%)	Totalmente falsa (%)
Facilidad de enfermarse	0	25,81	29,03	45,16	0
Sano como cualquiera	0	48,39	25,58	29,03	0
Mi salud va a empeorar	3,23	32,26	51,61	12,9	0
Mi salud es excelente	0	32,26	25,81	41,94	0

Con respecto a la percepción de su salud en general la mayoría de los investigados afirmaron que es bastante cierta que se sienten sanos a comparación con la salud de otras personas de su edad; un poco más de la mitad refieren no saber si su salud vaya a empeorar, seguido de las personas que creen que esta afirmación es bastante cierta; en porcentajes similares los adultos mayores afirman que es bastante falso que se ponen enfermos más fácilmente que otras personas y su salud es excelente. En un estudio realizado para medir la calidad de vida relacionada con la salud, de adultos mayores colombianos en los últimos doce meses, obtuvieron que el 51.4% es buena, 42.2% es regular y el 6.4% es mala (11). En relación a la auto-percepción de su salud en ambos estudios comparados la mayoría responde que su salud es buena; al momento de aplicar la encuesta, se evidenció que las molestias más comunes en la comunidad eran problemas osteoarticulares, sin embargo, adaptan sus capacidades para cumplir con sus tareas habituales; por otro lado, no saben si su salud vaya a empeorar con el tiempo ya que ellos comprenden que el avance de la edad es un proceso degenerativo.

Tabla 9. Percepción de la población en relación a la función social

Función social	Nada (%)	Un poco (%)	Regular (%)	Bastante (%)	Mucho (%)
Dificultad en las actividades sociales	6,45	58,06	25,81	9,68	0
Déficit en la relación social	0	19,35	29,03	32,26	19,35

Mediante la aplicación del instrumento con respecto a la función social se obtuvo que la mayoría de los adultos mayores tienen un poco de dificultad para realizar sus actividades sociales habituales por algún problema emocional; en mayor porcentaje, pero no significativo hay bastante déficit en las relaciones sociales como visitar a los amigos y familiares cuando tienen alguna irregularidad emocional. En un estudio similar obtuvieron que la mayoría de los adultos mayores dicen tener una buena relación con sus hijos, este vínculo se sustenta con comunicaciones frecuentes, visitas, reuniones familiares, salidas, paseos y apoyo en los quehaceres domésticos; en relación al área afectiva tienen afinidad por los nietos/as (6). En el estudio actual se puede evidenciar que los problemas emocionales no son una limitación para relacionarse con la comunidad, las personas no suelen dar importancia a sus problemas emocionales, en su mayoría desconocen qué podría llegar a ser grave un problema emocional; esto se debe al entorno y a la cultura en que crecieron pues las muestras de afecto son muy escasas en estas familias; sin embargo, cuidan a sus nietos mientras los padres salen a trabajar.

4.4. Relación del estado de salud y calidad de vida

Tabla 10. Relación del estado de salud y calidad de vida

Estado de salud		Calidad de vida		
		Salud física	Salud mental	Relaciones sociales
Bueno	48.39 %	Regular	Buena	Muy buena

El estado de salud de la mayoría de los adultos mayores de la comunidad de Cochaloma es bueno, no puede ser excelente debido a la edad, los órganos disminuyen su función; por lo tanto, se consideran un grupo vulnerable a padecer enfermedades crónicas degenerativas. Según la doctora Olha Krysiuk las patologías crónicas influyen directamente en la calidad de vida, menciona datos estadísticos de las principales patologías que produjeron un gran número de defunciones en ancianos españoles: el 14.6% fueron por cardiopatías, 13.6% por enfermedades de Alzheimer y otros tipos de trastornos mentales, 7.1% por accidentes cerebrovasculares, 6.9% enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y el 5.0% por cáncer de pulmón (51). Dentro de la comunidad del presente estudio la mayoría de las personas desconocen del término “enfermedades crónicas”, pues mencionaron que no toman medicamentos diarios, no van frecuentemente a citas médicas, pero en su mayoría se quejan de dolores en la articulaciones y huesos de los miembros inferiores y superiores.

La calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad en estudio resulta ser buena, para medirla se tomó en cuenta 3 dimensiones como son: la salud física, la salud mental y las relaciones sociales. En un estudio sobre la percepción de la calidad de vida en adultos mayores el 45.5% fue deficiente y solo el 10.1% fue alta (9). Considero que la principal característica para que los resultados del estudio actual y la investigación de la discusión sean diferentes son las características demográficas y sociodemográficas, ya que los individuos del estudio actual en su mayoría son casi totalmente independientes pues a pesar de las limitaciones físicas de la edad deben realizar tareas que requieren esfuerzo para sobrevivir, es así como obtienen sus alimentos; con

respecto a la salud mental no dan importancia a sus sentimientos negativos, la mayoría mencionó que realizar las tareas del hogar, ir a los terrenos y cuidar a sus animales les distrae de sus problemas; la comunidad es netamente rural alejada de la ciudad, las casas son distanciadas pero aun así, se conocen muy bien entre ellos y tienen una buena relación amistosa, suelen tener fechas festivas en donde comparten alimentos tradicionales.

La calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores de la comunidad en estudio resulta ser buena, porque a pesar de que la zona carezca de centros de salud cercanos no hay ancianos encamados y en su mayoría desconocen si sufren alguna enfermedad crónica generativa; mencionaron que si tienen alguna dolencia primero realizan infusiones de alguna planta medicinal, se pudo observar que la contextura corporal en la mayoría son mesomorfos, pues su principal alimento son las leguminosas como el fréjol, arveja, habas y choclos los cuales son sembrados y cultivados por ellos mismo. La calidad de vida tiene una leve afectación porque la mayoría de los adultos mayores se quejan de dolores osteoarticulares, por lo cual hay una leve limitación para realizar actividades pesadas y que requieran de velocidad, pero sin embargo son independientes porque adaptan sus capacidades para llevar acabo sus deberes diarios.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Los adultos mayores de la comunidad de Cochaloma pertenecen al rango de edad entre 75 años y más, sexo femenino, etnia indígena en su totalidad, analfabetos, en referencia al estado civil prevalece mayoritariamente casados, de 4 a 6 hijos, de ocupación amas de casa seguido por agricultores y la mayoría de la población poseen una vivienda propia.
- La calidad de vida de la comunidad de Cochaloma relacionado con las 3 dimensiones estudiadas: salud física; regular, salud mental; buena, relaciones sociales; muy buena, tomando en cuenta los resultados obtenidos se concluye que la calidad de vida es buena.
- La calidad de vida de los adultos mayores es buena ya que está directamente relacionada con la salud; a pesar de los problemas que normalmente aparecen por la edad (problemas ostoarticulares) estos han mantenido y realizado todas las actividades que competen para su vida diaria de forma independiente, relacionando además que es una comunidad alejada de centros de salud, los investigados y encuestados han buscado la manera de sobrellevar sus problemas patológicos.

5.2. Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud para que implemente centros de salud en zonas netamente rurales o las visitas de los profesionales de salud sean más frecuentes, para que la atención en situaciones de urgencia sea oportuna como también disminuya el riesgo de enfermedades crónicas degenerativas.
- Al GAD parroquial de San Pablo para que realice programas de alfabetización (andragogía) por lo menos una vez al mes, con un plan de educación apto a las capacidades de los adultos mayores con el fin de mantener y mejorar sus habilidades cognitivas y su autoestima.
- A la Universidad Técnica del Norte para que con el programa de vinculación que realizan las diferentes carreras de salud como fisioterapia, enfermería, medicina y nutrición, apliquen sus conocimientos e intervengan en zonas rurales para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. [Online]; 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Por una década del envejecimiento saludable en la Americas. [Online]; 2020. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/sesion_4_curso_ppt.pdf.
4. Cardona J, Giraldo , Maya M. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. MÉD.UIS. 2016; 1(17-27).
5. Forttes P. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. [Online]; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>.
6. Márquez A, Azzolino J, Giménez C, Rodríguez F, Otaño D, Martínez P. Calidad de vida en adultos mayores, un análisis de sus dimensiones. PSIUC. 2020; 6(12).
7. Arias M, Gutiérrez Y. Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores. Población y Salud en Mesoamérica. 2020; 17(2).
8. Mesa D, Valdés B, Espinosa Y, Verona A, García I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2020; 36(4): p. 10.

9. Flores B, Castillo Y, Ponce D, Miranda , Peralta E, Durán T. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Rev Enferm IMSS. 2018; 26(2).
10. Bustamante M, Lapo M, Torres J, Camino S. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. La Serena - Chile. 2017; 28(5).
11. Vargas S, Melguizo E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. Salud Pública. 2017; 19.
12. Casco A. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de San Pablo del Lago. Segunda ed. Otavalo: Consultora Yanapay; 2020.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y vejez. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.
14. Agirre M. Características generales del envejecimiento y las personas mayores. [Online]; 2018. Disponible en: https://www.elfarmaceutico.es/tendencias/te-interesa/caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores_108768_102.html#:~:text=Aparecen%20una%20serie%20de%20cambios,y%20progresivo%20del%20m%C3%BAsculo%20esquel%C3%A9tico.
15. Concha Y, Vargas R, Celis C. Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor. Salud Uninorte. 2020; 36(2).
16. National Institute on Deafness and other Communication Disorders. Pérdida de audición relacionada con la edad. [Online]; 2018. Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/perdida-de-audicion-relacionada-con-la-edad#ref3>.
17. Albear D, Valdivia M, Valle , del Rio M, Hernendéz S, Gómez Y. Dermatitis en pacientes geriátricos. Revista Cubana de Medicina Militar. 2021; 50(2).
18. Yopez M, Torres J, Orlando M, Serrano V. Degeneración anatómica genital femenino. Diagnóstico y tratamiento. RECIMUNDO. 2022; 6(2).

19. World Health Organization. Década del envejecimiento saludable: informe de referencia. Resumen OMS , editor. Ginebra; 2021.
20. Álvarez M, Alcalá L, Chávez C. Manual del conocimiento, cuidado y autocuidado del adulto mayor. Primera ed.: USTA Tunja; 2019.
21. Carrillo R, Cabello R. Medicina Crítica en el Adulto Mayor. Primera ed. México: Editorial Alfil; 2020.
22. D'Hyver C. Patologías endocrinas más frecuentes en el adulto mayor. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2017; 60(4).
23. Amaro. Alteraciones osteoarticulares. Tendencias en Medicina. 2021;(58).
24. Esmeraldas E, Falcones M, Vásquez M, Solórzano J. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2019; 3(1).
25. López M, Alonso M, Sánchez C. Miradas de la vejez: calidad de vida, identidad, violencia y trabajo. Primera ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.
26. Goerlich F, Martínez E. Las áreas urbanas funcionales en España: economía y calidad de vida. Primera ed. Bilbao: Fundación BBVA; 2020.
27. Angulo J. Calidad de vida y satisfacción laboral del personal de enfermería de un hospital público nivel II – 2 del Minsa, Lima 2018. Escuela de posgrado Universidad César Vallejo. 2019; I(1).
28. Organización Mundial de la Salud. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. [Online].; 2022.. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>.
29. Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal of Negative and No Positive Results. 2020; V(1).
30. Cáceres F, Parra L, Pico O. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. Rev. Salud Pública. 2018; 2(20).
31. Alligood MR. Modelos y teorías de enfermería. Novena ed. Barcelona: ELSEVIER; 2018.

32. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. En. Montecristi; 2008.
33. Secretaría Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>.
34. Ministerio de Salu Pública. Ley Orgánica de Salud. [Online]; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.
35. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. [Online]; 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172b.pdf>.
36. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. [Online]; 2000. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>.
37. Cadena P, Rendón R, Aguilar J, Salinas E, Cruz F, Sangerman D. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas. 2017; 8(7).
38. Hernández , Fernández C, del Pilar M. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA; 2014.
39. Guevara G, Verdesoto A, Castro N. etodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). RECIMUNDO. 2020; 4(3).
40. Ramos C. Los alcances de una investigación. CienciAmérica. 2020; 9(3).
41. Rogríguez , Mendivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. Revista Médica Sanitaria. 2018; 3(21).
42. Verdugo A, Martinez B, Gómez L. Escala de Vida GENCAT. [Online]; 2021. Disponible en:

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf.

43. Westreicher G. Economipedia. [Online]; 2020. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/calidad-de-vida.html>.
44. European Lung Foundation. Calidad de vida relacionada con la salud. [Online]; 2021. Disponible en: <https://europeanlung.org/es/information-hub/factsheets/calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud/>.
45. Vilagut G, Ferrer M, Santed R, Valderas J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Revista SciELO. 2005; 19(2).
46. Instituto Nacional de Estadística y Censos. En el 2020 cayó la natalidad del Ecuador. [Online].; 2020.. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/ecuador>.
47. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fascículo provincial de Imbabura. [Online].; 2010.. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.
48. Quiroga C, Parra G, Moyano C, Díaz. Percepción de apoyo social y calidad de vida: la visión de personas mayores chilenas en el contexto de pandemia durante el 2020. Revista prospectiva. 2022; 1(33).
49. Jáuregui A. Calidad de Vida de la persona adulta mayor perteneciente al Programa Gerontológico Social de dos provincias de Ica, Perú 2017. Población y Salud en Mesoamérica. 2019; 16(2).
50. Cordeiro F, Furukawa , García , Sanches , Sanches M, Giroto. Dolor en adultos mayores de 80 años: características, impactos y estrategias de afrontamiento. Revista Cuidarte. 2021; 12(2).
51. Krysiuk O. Enfermedades crónicas en la población adulta mayor. Revisión bibliográfica. Geriatricarea. 2021; 1(1).
52. (A, Casco, comunicación personal, 08/01/2022)

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de la investigación “Cuestionario de Salud SF-36”

Su Salud y Bienestar

Indicaciones

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para analizar cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Marque con una X la respuesta correcta

1. ¿Cuántos años tiene?

- a) 65 – 70
- b) 70 – 75
- c) 75 y mas

2. ¿Qué género se considera?

- a) Masculino
- b) Femenino

3. ¿A qué etnia pertenece?

- a) Mestizo
- b) Afrodescendiente
- c) Indígena
- d) Blanco
- e) Otro

4. ¿Cuántos hijos tiene?

- a) Ninguno
- b) 1-3
- c) 4-6
- d) 7-10

5. Estado civil:

- a) Soltero/a
- b) Casado/a
- c) Divorciado/a
- d) Viudo/a
- e) Unión libre

6. Nivel de instrucción

- a) Analfabetismo
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Técnico/ Superior

7.Cuál es su ocupación

- a) Ama de casa
- b) Agricultor/a
- c) Ganadero/a
- d) Profesional publico
- e) Profesional privado
- f) Ninguno

8. Su vivienda es:

- a) Propia
- b) Arrendada

- c) Prestada
- d) Otra

9. En general, usted diría que su salud es:

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular
- e) Mala

10. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

- a) Mucho mejor ahora que hace un año
- b) Algo mejor ahora que hace un año
- c) Más o menos igual que hace un año
- d) Algo peor ahora que hace un año
- e) Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
11. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.			
12. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.			
13. Coger o llevar la bolsa de la compra.			

14. Subir varios pisos por la escalera.			
15. Subir un sólo piso por la escalera.			
16. Agacharse o arrodillarse.			
17. Caminar un kilómetro o más			
18. Caminar varios centenares de metros.			
19. Caminar unos 100 metros.			
20. Bañarse o vestirse por sí mismo.			

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
21. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?					
22. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?					
23. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
24. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?					

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
25. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
26. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
27. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?					

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a) Nada
- b) Un poco
- c) Regular
- d) Bastante
- e) Mucho

29. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a) No, ninguno
- b) Sí, muy poco

- c) Sí, un poco
- d) Sí, moderado
- e) Sí, mucho
- f) Sí, muchísimo

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a) Nada
- b) Un poco
- c) Regular
- d) Bastante
- e) Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
31. se sintió lleno de vitalidad?					
32. estuvo muy nervioso?					
33. se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					
34. se sintió calmado y tranquilo?					
35. tuvo mucha energía?					
36. se sintió desanimado y deprimido?					
37. se sintió agotado?					
38. se sintió feliz?					
39. se sintió cansado?					

40. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Solo una vez
- e) Nunca

Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
41. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
42. Estoy tan sano como cualquiera					
43. Creo que mi salud va a empeorar					
44. Mi salud es excelente					

Gracias por contestar a estas preguntas

Anexo 2. Archivo fotográfico





Anexo 3. Certificados

Ibarra, 24 de mayo del 2022

**Magister
Rocío Castillo
DECANA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

De mis consideraciones

Reciba un cordial saludo y le deseo éxito en las funciones a usted encomendada.

El presente tiene por objeto, solicitar de la manera más comedida se me otorgue un documento dirigido al Sr. Guillermo Males presidente de la Junta Parroquial de la comunidad de Cochaloma, para que se permita aplicar el instrumento del tema de investigación denominado: **“Calidad de vida y su relación con la salud en adultos mayores residentes en la comunidad Cochaloma, 2022”**, como parte del trabajo final para la obtención del título de 3er nivel, de la carrera de enfermería.

Por la atención al presente le reitero mis agradecimientos

Atentamente



**Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima
CI: 1004723472
Alumna del 7mo semestre carrera de enfermería**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13
Ibarra – Ecuador
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 24 de mayo 2022
Oficio 781- D-FCS-UTN

Señor
Guillermo Males
PRESIDENTE DE LA JUNTA PARROQUIAL DE LA COMUNIDAD COCHALOMA

De mi consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se autorice el ingreso a la señorita estudiante de la Carrera de Enfermería **Srta. LESLIE MARIBEL IMBAQUINGO TIXILIMA**, con el fin de recolectar información para el estudio de investigación para desarrollar el trabajo de tesis con el tema: **“CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD COCHALOMA, 2022”** como requisito previo a la obtención del título de Enfermería.

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO


MSc. Rocio Castillo
DECANA – FCS
CI. 1001685195
Correo: decanatosalud@utn.edu.ec



Otavaló, 27 de mayo del 2022

CERTIFICO

Mediante el presente documento, hago constar que la señorita Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima con la cedula de ciudadanía N° 1004723472, que se encuentra realizando un trabajo de titulación de 3er nivel de la Universidad Técnica del Norte, denominado: **“Calidad de vida y su relación con la salud en adultos mayores residentes en la comunidad Cochaloma, 2022”**.

Con el conocimiento que tengo de dicho trabajo a desarrollarse con los adultos mayores que residen en nuestra comunidad, la señorita está **AUTORIZADA** a ejecutar la recopilación de los datos necesarios, la cual se compromete a dar un buen uso a la información.

Atentamente



x Sr. Guillermo Males.

CI: 100183772-1

Presidente de la Junta Parroquial de la Comunidad Cochaloma

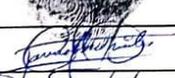
Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de la recolección de la información es ayudarme a realizar mi trabajo para la obtención del título de 3er nivel, participando en la investigación titulada: "Calidad de vida y su relación con la salud en adultos mayores residentes en la comunidad Cochaloma, 2022". La información que nos brinde será tratada de manera confidencial y anónima. En ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de su nombre o de algún dato que lo identifique.

Inicialmente deberá contestar una breve encuesta con respecto a sus datos personales y por consiguiente preguntas acerca de su calidad de vida. ¡De antemano le agradezco de su participación!

	NOMBRE	CÉDULA	FIRMA
1	Juana Tamba	100128096-3	Juana Tamba
2	Maná Casco	100157553-7	Maná Casco
3	José Eliaz Tito	—	Jose Tito
4	Manuel Tito	100186370-1	Manuel Tito
5	Paola Perachimba	—	Paola Perachimba
6	Maná Anango	100123873-0	Maná Anango
7	Maná Casco	1000977205	Maná Casco
8	Balbina Males	10000625861	Balbina Males
9	Juan María Casco Navaret	—	Juan María Casco Navaret
10	María Amalia Catta Cachimuel	1000568244	María Amalia Catta Cachimuel
11	Eliás Fernández Navaret	1001209277	Eliás Fernández Navaret
12	Casco Anango Maná Dolores	1001228509	Maná Dolores
13	Isabel Tito	—	Isabel Tito
14	Manuel Anango Perachimba	—	Manuel Anango Perachimba
15	María Adelina Anango	1001408135	María Adelina Anango
16	María Melchora Peruchichi Imbaquingo	1001261195	María Melchora Peruchichi Imbaquingo
17	Cacoango Mendez Miguel	1000858140	Cacoango Mendez Miguel
18	Anango Isabel	1000577479	Anango Isabel
19	Imbaquingo Cabrera María	1000568293	Imbaquingo Cabrera María
20	Perachimbo Tones Maná Soledad	1002064044	Soledad P
21	Anango Mendez Maná Nieves	100114705-8	Anango Mendez Maná Nieves

22	Peirachimba Haruarez Manuel	1000456374	
23	Casco Aniangó María Manuela	1000847559	
24	Cawango Imbaquingo José Manuel	1000772028	
25	Males Carlosoma Victoriano	1000418325	
26	Peirachimba Peirachimba Jaime	1001837721	
27	Towe Cawango Jesús	1002004370	Jesús Torres
28	Mendez María	1002014304	Mendez María
29	Tituaña Jaime.	1004749554	
30	Tituaña Cusín Daniel	1000290294	
31	Picañó Cawango María	1000290302	
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

Anexo 5. Reporte del Abstract



ABSTRACT

At the global level, aging has a notorious impact on population growth, the WHO has therefore promoted healthy aging, this project is related to the dimensions of quality of life and health status, the objective; determine the quality of life and its relationship with health in older adults residing in the Cochaloma community, 2022. At the global level, aging has a notorious impact on population growth, the WHO has therefore promoted healthy aging. This project is related to the dimensions of quality of life and health status, the objective; determine the quality of life and its relationship with health in older adults residing in the Cochaloma community, 2022. It was a quantitative and non-experimental design, descriptive, field, correlational, and cross-sectional research. A validated sf-36 questionnaire was applied to 31 older adults in the community of Cochaloma, which measures the level of quality of life and its relationship with health. The inclusion criterion is all older adults living in the community. The main results regarding the sociodemographic characteristics are: the population is indigenous, illiterate, predominantly female, housewives and farmers; the state of health of the population is good since most complain of osteoarticular problems, they affirm they do not get sick easily and feel healthy like any person, mental health is good since, despite the emotional problems, they carry out their activities habitual, and social relations are quite good as they know each other and support each other. Despite the lack of nearby health centers and problems that appear due to age, they maintain their health, maintain a good quality of life, are independent, and carry out their activities of daily living.

Keywords: quality of life, older adults, health, chronic diseases.

Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri

Anexo 6. Poster científico



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

"Calidad de vida y su relación con la salud en adultos mayores residentes en la comunidad Cochaloma, 2022"

Autora: Leslie Maribel Imbaquingo Tixilima
Directora: Msc. María Ximena Tapia Paguay

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el envejecimiento tiene un notorio impacto en el crecimiento poblacional, por lo cual la OMS declaró la "Década del envejecimiento", para concientizar a la población de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad, ofrecer atención integrada y centrada a las personas e incluirlas activamente a la sociedad y economía (1).

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida y su relación con la salud en adultos mayores que residen en la comunidad Cochaloma, 2022

METODOLOGÍA

De diseño cuantitativo y no experimental, de tipo descriptivo, de campo, correlacional y corte trasversal. Se aplicó en 31 adultos mayores residentes en la comunidad, el instrumento utilizado cuestionario sf-36 validado con anterioridad, el cual mide, nivel de calidad de vida y su relación con la salud (2).

RESULTADOS

Dimensión	Indicador	Porcentaje
Edad	75 y más años	45.16
Género	Femenino	58.06
Etnia	Indígena	93.55
Número de hijos	4 – 6 hijos	45.16
Estado civil	Casados	64.52
Instrucción	Analfabetismo	80.65
Ocupación	Amas de casa	58.06
	Agricultores	38.71
Vivienda	Propia	87.1

Estado de salud	Calidad de vida			
	Salud física	Salud mental	Relaciones sociales	
Bueno	48.39 %	Regular	Buena	Muy buena

CONCLUSIÓN

La calidad de vida de los adultos mayores es buena ya que está directamente relacionada con la salud; a pesar de los problemas que normalmente aparecen por la edad (problemas osteoarticulares) estos han mantenido y realizado todas las actividades que competen para su vida diaria de forma independiente, relacionando además que es una comunidad alejada de centros de salud, los investigados y encuestados han buscado la manera de sobrellevar sus problemas patológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Por una década del envejecimiento saludable en la América. [Online]: 2020. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/session_4_curso_ppi.pdf.
2. Hernández J., Fernández C., del Pilar M. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA: 2014.

ANÁLISIS

Se evaluó un universo de 31 adultos mayores, en su mayoría de género femenino, predomina la edad de 75 años y más, de etnia indígena, analfabetos, estado civil casados, de ocupación amas de casa y agricultores, con vivienda propia. Se determinó un buen estado de salud debido a problemas osteoarticulares, salud física regular, salud mental buena y muy buenas relaciones sociales.

RECOMENDACIÓN

Al Ministerio de Salud para que implemente centros de salud en zonas netamente rurales o las visitas de los profesionales de salud sean más frecuentes. Al GAD parroquial para que realice programas de alfabetización y a la UTN que aplique la vinculación de las carreas de salud en estas zonas.

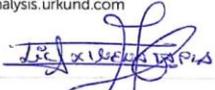
Anexo 7. Reporte de Urkund

Curiginal

Document Information

Analyzed document	TESIS copia.docx (D142224597)
Submitted	7/20/2022 3:59:00 AM
Submitted by	
Submitter email	lmimbaquingot@utn.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	mxtapia.utn@analysis.urkund.com

Sources included in the report



SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS-DE-GRADO-YARI-MUENALA-RUIZ.docx Document TESIS-DE-GRADO-YARI-MUENALA-RUIZ.docx (D109871980) Submitted by: yemuenalar@utn.edu.ec Receiver: mfvalle.utn@analysis.urkund.com	 4
SA	PROYECTO DE TESIS - SERNA BRAVO ANDRES RICARDO.pdf Document PROYECTO DE TESIS - SERNA BRAVO ANDRES RICARDO.pdf (D141876917)	 5
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS FINAL MILTON CHICAIZA CARRERA.doc Document TESIS FINAL MILTON CHICAIZA CARRERA.doc (D124546359) Submitted by: mxtapia@utn.edu.ec Receiver: mxtapia.utn@analysis.urkund.com	 1
	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS DRA. CRIOLLO.docx	