



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA CUNCHIBAMBA DE LA CIUDAD DE AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autor:** Cabezas Gavilanes, Jairo Patricio

**Tutora:** Dra. Estenoz Álvarez, Maggy

Ambato – Ecuador

Septiembre2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA CUNCHIBAMBA DE LA CIUDAD DE AMBATO”** de Jairo Patricio Cabezas Gavilanes estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencia de la Salud.

Ambato, Mayo del 2015

**LA TUTORA**

-----

Dra. Estenoz Álvarez, Maggy

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA CUNCHIBAMBA DE LA CIUDAD DE AMBATO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015

EL AUTOR

---

Cabezas Gavilanes, Jairo Patricio

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayodel 2015

EL AUTOR

---

Cabezas Gavilanes, Jairo Patricio

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA CUNCHIBAMBA DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, de Jairo Patricio Cabezas Gavilánes, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Septiembre del 2015

Para constancia firman

-----

**PRESIDENTE/A**

-----

**1er VOCAL**

-----

**2do VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A Dios, a mi Madre, a mis hermanos, a toda mi familia y a todas las personas que me han brindado su apoyo sincero y amor incondicional para ver uno de mis sueños convertido en realidad.

Jairo Cabezas

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, a mi Madre y hermanos, a las personas que me dieron la mano de alguno  
forma para lograr esta meta en mi vida.

Jairo Cabezas

## ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
Aprobación del Tutor.....	ii
Autoría del Trabajo de Grado.....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Resumen.....	xii
Summary.....	xiv

## INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del Problema.....	3
1.2.1. Contextualización Histórico- Social.....	3
1.2.2. Análisis Crítico.....	6
1.2.3. Prognosis.....	7
1.2.4. Formulación del Problema.....	7
1.2.5. Preguntas Directrices.....	8
1.2.6. Delimitación del Problema.....	8
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos.....	10
1.4.1. Objetivo general: .....	10
1.4.2. Objetivos específicos: .....	10



CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Antecedentes Investigativos.....	11
2.2. Fundamentación Filosófica.....	13
2.3. Fundamentación .Legal.....	14
2.4. Categorización de variables.....	17
2.5. .Hipótesis.....	35
2.6. Señalamiento de las variables.....	35
CAPÍTULO III.....	36
METODOLOGÍA.....	36
3.1. Modalidad Básica de la Investigación.....	36
3.2 Enfoque.....	36
3.3. Nivel o Tipo de Investigación.....	36
3.4. Población y Muestra.....	37
3.5. Criterios de selección.....	37
3.6 Operacionalización de las Variables.....	39
3.7. Plan de Recolección de .Información.....	41
3.6. Plan de Procesamiento de la Información.....	42
CAPÍTULO IV.....	45
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	45
4.1. Características Demográficas de la población.....	45
4.3. Medición de actitudes.....	49
4.4 Medición de percepciones.....	52
4.5 Estado de salud.....	59
4.6 Resultado de actitudes (escala de Likert).....	62
4.7 Resultado de percepciones (escala de Likert).....	63
4.4. Verificación de la Hipótesis.....	65
CAPÍTULO V.....	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
CAPÍTULO VI.....	71

PROPUESTA.....	71
6.1. Datos Informativos.....	71
6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	72
6.3. Justificación.....	72
6.4. Objetivos.....	73
6.5. Análisis de Factibilidad.....	73
6.6.	
Fundamentación.....	74
6.7. Metodología – Modelo Operativo.....	80
6.8 Administración.....	81
6.9 Previsión de la evaluación.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS.....	88

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sexo.....	45
Tabla 2. Edad.....	46
Tabla 3. Nivel de educación.....	46
Tabla 4. Religión.....	47
Tabla 5. Estado civil.....	48
Tabla 6. Perdidas psicosociales.....	49
Tabla 7. Cambios físicos.....	50
Tabla 8. Crecimiento psicológico.....	51
Tabla 9. Línea de tiempo crónica.....	52
Tabla 10. Línea de tiempo cíclica.....	53
Tabla 11. Consecuencias positivas.....	54
Tabla 12. Consecuencias negativas.....	55
Tabla 13. Control positivo.....	56
Tabla 14. Control negativo.....	57

Tabla 15. Representaciones emocionales.....	58
Tabla 16. ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿cuánto?.....	59
Tabla 17. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?.....	60
Tabla 18. ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?.....	61
Tabla 19. Resultado de la medición de las Actitudes (Escala de Likert).....	62
Tabla 20. Resultado de la medición de las Percepciones (Escala de Likert).....	63
Tabla 21. Tabla de contingencia Estado de salud – Actitudes.....	66
Tabla 22. Prueba de Chi-Cuadrado.....	66
Tabla 23. Tabla de contingencia Estado de salud – Percepciones.....	67
Tabla 24. Prueba de Chi-Cuadrado.....	67
Tabla 25. Modelo Operativo - -propuesta.....	80

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Atención del paciente adulto mayor en atención primaria.....	76
Gráfico 2. Diseño Organizacional de la propuesta.....	81

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

**“AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO Y SU  
INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE  
ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA  
CUNCHIBAMBA DE LA CIUDAD DE AMBATO”**

**Autor:** Cabezas Gavilánes, Jairo Patricio

**Tutora:** Estenoz Álvarez, Maggy

**Fecha:** Mayo del 2015

**RESUMEN**

**Introducción:** El presente trabajo se realizó en la Parroquia Rural de Cunchibamba de la Provincia de Tungurahua cantón Ambato para determinar la influencia de las auto percepciones y las actitudes sobre el estado de salud de los adultos mayores que acuden a la casa de salud de esta localidad.

La metodología incluyó los como el AAQ (Attitudes to Ageing Questionnaire), el cuestionario fue diseñado para valorar la actitud hacia el envejecimiento. Auto percepción del envejecimiento fue medido a través de APQ (Aging Perception Questionnaire). Con el programa estadístico Excel y SPSS se analizó la relación entre las variables. Se obtuvo los siguientes resultados: que el 48% de los Adultos mayores tiene una actitud favorable ante su etapa de envejecimiento, mientras que el 34% de la población no presenta una buena actitud ante su proceso de envejecimiento; un 49% de los adultos mayores presenta una percepción positiva ante su envejecimiento

Se obtuvo con la prueba de Chi- Cuadrado encontrando que no existe asociación entre las dos variables. Se planteó la hipótesis de que la actitud y auto percepción ante el

envejecimiento influye en el estado de salud de los adultos mayores obteniéndose:  $[X^2(4, N=75) = 3,820, p >0,05]$  y  $[X^2(4, N=75) = 4,154, p >0,05]$ ; respectivamente.

Conclusión: La hipótesis la autopercepción y actitud ante el envejecimiento no influye en el estado de salud de los adultos mayores si influye directamente en el bienestar del adulto mayor.

**PALABRAS CLAVES:** ADULTO\_MAYOR, PERCEPCIONES, ACTITUDES, GERIÁTRICOS, GERIATRÍA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER

**“SELF-PERCEPTION AND ATTITUDE TOWARDS AGING AND ITS  
INFLUENCE ON HEALTH STATUS IN ELDERLY ATTENDING THE  
HEALTH SUB CENTER CUNCHIBAMBA PARISH AMBATO CITY”**

**Author:** Cabezas Gavilanes, Jairo Patricio

**Tutor:** Estenoz Álvarez, Maggy

**Date:** May 2015

**SUMMARY**

This work was done in the rural parish of Cunchibamba of Ambato Tungurahua Province to determine the influence of the self-perceptions and attitudes about the state of health of older adults who attend the health house in this town.

The methodology included the like AAQ (Attitudes to Aging Questionnaire), the questionnaire was designed to assess attitudes towards aging. Self-perception of aging was measured by APQ (Aging Perception Questionnaire). With Excel and SPSS statistical software the relationship between the variables analyzed. The following results were obtained: 48% of older adults have a favorable attitude toward their aging stage, while 34% of the population has a good attitude to the aging process; 49% of older adults have a positive perception to his aging.

Was obtained with Chi-square test found no association between the two variables. The hypothesis that the attitude and perception towards aging affects the health of older adults obtaining arose:  $[X^2(4, N=75) = 3,820, p > 0,05]$  y  $[X^2(4, N=75) = 4,154, p > 0,05]$ ; respectively.

Conclusion: The hypothesis perception and attitude to aging does not influence the health status of the elderly if directly affects the welfare of the elderly.

**KEYWORDS:** ELDERLY, PERCEPTIONS ATTITUDES, GERIATRIC, GERIATRICS

## INTRODUCCIÓN

Actualmente la sociedad está siendo testigo de un fenómeno socio demográfico que corresponde al envejecimiento poblacional en el cual se observa un aumento gradual de la población mayor de 65 años.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionados con las privaciones que se han tenido durante la infancia, adolescencia y edad adulta. Los estilos de vida, la geografía, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor.

La vejez es un proceso irreversible en la humanidad, a pesar de que en la actualidad existen muchos estudios en el área de la tecnología que ha aportado a realizar avances importantes en medicina y en innumerables campos donde está inmerso el ser humano, este proceso no lo han podido detener. El envejecimiento es un reto que la sociedad debe afrontar porque no se trata de envejecer por ser parte de nuestra naturaleza, se trata de envejecer correctamente, con dignidad.

La mayoría de la humanidad no concientiza sobre este aspecto, ni sobre las consecuencias, es decir, sobre la previsión para obtener un estilo de vida normal en este proceso. No se han detenido a pensarlo, sino cuando se acercan a los 60 años.



En términos generales, la calidad de vida es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales puede también traducirse en términos de bienestar subjetivo, que consiste, básicamente, en un sentimiento de satisfacción, estado de ánimo positivo, determinado por elementos de índole psicológico y/o conductual.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

TEMA:

“Autopercepción y actitud hacia el envejecimiento y su influencia en el estado de salud en adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Cunchibamba de la ciudad de Ambato”

Planteamiento del problema

#### 1.2.1 Contextualización:

MACRO

Debe entenderse el envejecimiento como un proceso individual que da lugar al envejecimiento diferencial. En ellos se observa que no solamente la edad cronológica determina el comportamiento del anciano, sino que en él influyen factores sociales, económicos y culturales que inciden sobre la diferenciación individual.<sup>1</sup>

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo. En este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo.<sup>2</sup>

Las ideas sobre la vejez que tiene una sociedad se transmiten desde el hogar y las instituciones educativas, sociales y políticas y pueden tener bases científicas (acordes con el proceso biopsicológico) o ser estereotipadas positiva o negativamente. Lo cierto es que no hay una definición exacta y universal sobre la vejez. Lo que hay son aproximaciones desde diversos puntos de vista: cronológico, anatómico, bioquímico, psicológico, emocional -

afectivo, moral o legal. Y es a partir de estos criterios que se evalúa, se juzga, se gradúa y se define la vejez en una sociedad y en una época dada.<sup>1</sup>

En un documento de la OMS (1990) se afirma que es posible que los estereotipos negativos de la vejez influyan en determinados aspectos de la salud mental de la población anciana, de forma que acaben convirtiéndose en profecías de autocumplimiento para muchas personas mayores. Se considera asimismo que, aunque se tomen medidas compensatorias, va a ser muy difícil para la mayoría de la población conseguir una vejez saludable, si las imágenes negativas de la vejez son compartidas por el grupo social en general, por los agentes sociales del cambio que se desea producir, es decir, por los profesionales de la salud y de la medicina, y por las propias personas mayores<sup>3</sup>.

En un estudio realizado Colombia se preguntó a un amplio grupo de personas por la característica que consideraban definitoria de la vejez, y se encontró que en la mayoría de los participantes consideraba la edad como el aspecto definitorio de la vejez, mientras que el restante se refirió a otros elementos, como la salud, el estar jubilado, la forma de ser, la capacidad intelectual o el aspecto físico.<sup>3</sup>

## **MESO**

En el Ecuador hay 1 229 089 adultos mayores; 28% se siente desamparado. El Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC), actualmente que en el Ecuador hay 1'229 089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la Sierra del país seguido de la costa. En su mayoría son mujeres y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana; mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven su hijo, nieto y esposo o compañero.<sup>5</sup>

A pesar de que la mayoría de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el un porcentaje bajo menciona sentirse desamparado, otros siente a veces que su vida está vacía y algunos piensan que algo malo le puede suceder. La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%). El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los

últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentral de salud y consultorios particulares.<sup>4</sup>

El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija. Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis, diabetes, problemas del corazón y enfermedades pulmonares. El casi la mitad de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por: problemas de salud, jubilación por edad, y su familia no quiere que trabaje. En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud, su familia no quiere que trabaje y jubilación por edad.<sup>5</sup>

## **MICRO**

En la parroquia Cunchibamba existen aproximadamente 360 de adultos mayores de los cuales 125 adultos mayores acuden al centro de salud y satisfacen sus necesidades médicas, el resto se encuentran entre los que reciben atención medica privada, del seguro social y otros que no reciben ningún tipo de atención en salud.

### **1.2.2 Análisis Crítico**

La vejez, una etapa a la que todos los seres humanos debemos enfrentar no está simplemente acompañada del detrimento en la salud, ocasionado por efectos propios del envejecimiento, sino de enfermedades que, ciertamente, no aparecen con la edad, pero están involucradas en el deterioro del estado de salud. Ciertas enfermedades, denominadas algunas veces síndromes geriátricos o enfermedades geriátricas, se presentan casi exclusivamente en adultos de edad avanzada. En cambio, otros trastornos afectan a los individuos de cualquier edad, aunque en la vejez sean más frecuentes o más graves, o puedan causar diferentes síntomas o complicaciones.

Los factores socioeconómicos modifican con frecuencia la forma en que las personas mayores buscan y reciben cuidados: a menudo tienden a ocultar los problemas cuando son poco importantes; tampoco solicitan atención médica hasta que los trastornos se vuelven más graves.

También es frecuente que, debido a los factores sociológicos, las enfermedades se compliquen en las personas de edad avanzada. Este grupo de personas puede deprimirse si la afección implica una pérdida de independencia temporal o permanente y, en consecuencia, necesitan atención de parte de los servicios sociales, al igual que ayuda psicológica. De ahí que los geriatras recomienden con frecuencia los tratamientos multidisciplinarios.

Asimismo, sería interesante analizar las diferencias en cuanto a las creencias y actitudes hacia la vejez que mantienen las personas que viven en su propio domicilio y que, por lo tanto, mantienen una continuidad en sus relaciones sociales y en su medio ambiental, respecto a las que viven en una residencia. De igual forma, evaluar las creencias que mantienen hacia la vejez diferentes grupos de profesionales que se ocupan de la población anciana, así como cuidadores, formales e informales, y comprobar si tales creencias guardan relación con determinadas conductas de los mayores, de dependencia y de autonomía, en función de las expectativas que se mantienen hacia ellos.

A nivel de la parroquia de Cunchibamba se ha hecho muy poco por la temática del envejecimiento, aún hay sectores dentro de la parroquia donde existen adultos mayores realmente olvidados y descuidados de sus necesidades, abandonados y maltratados debido a la negligencia en el comportamiento de sus familiares y de la sociedad.

Cabe reconocer que dentro del subcentro de salud de la parroquia se agrupan adultos mayores en el Club del Adulto Mayor donde en cada reunión no sobrepasan de 30 asistentes, número que no alcanza ni la mitad de la población de adultos mayores. En dicho club se realizan algunas actividades entre las cuales constan charlas interactivas sobre patologías específicas, las mismas que son programadas previamente por el personal de salud, de comparten opiniones sobre la atención que reciben los adultos mayores tanto el área de salud como en la parroquia.

### **1.2.3 Prognosis**

De no encontrar alternativas de solución a esta problemática seguiremos observando enfermedades crónicas, con complicaciones inclusive catastróficas en la población en adultos mayores, la presencia de enfermedades es una condición que se presenta inevitablemente con el transcurso de los años, pero diversos factores hacen que esta condición se agrave innecesariamente.

#### **1.2.4** Formulación del problema

¿Cómo la autopercepción y actitud hacia el envejecimiento influye en el estado de salud en adultos mayores que acuden al subcentro de salud de la parroquia Cunchibamba de la ciudad de Ambato?

#### **1.2.5** Preguntas directrices

- ¿Cuál es la autopercepción sobre sí mismo y sobre su condición de salud como adultos mayores?
- ¿Qué aspectos influyen en la actitud en los adultos mayores y su percepción hacia el envejecimiento?
- ¿Cómo influyen las actividades físicas en la actitud y autopercepción ante el envejecimiento?
- ¿Cómo influye el envejecimiento en el autocuidado?

#### **1.2.6** Delimitación del problema

Delimitación de contenido

- Campo: Medicina del Adulto Mayor
- Área: Epidemiología y Salud Pública
- Aspecto: Influencia de la autopercepción y actitud ante el envejecimiento en

## Adultos Mayores

### **Delimitación temporo-espacial**

- **Espacial:** Parroquia Cunchibamba ciudad de Ambato
- **Temporal:** Junio 2013 – diciembre 2013

### 1.3.

## **JUSTIFICACIÓN**

**Se realiza con el objetivo de identificar, cual es la percepción de los adultos mayores sobre su proceso vital de envejecimiento y la actitud que han tomado como respuesta a este enfoque, brindando información y ayudando a que tomen conciencia acerca de la misma para proteger promover y fomentar su salud mejorando e incrementando los conocimientos y prácticas de sus vidas cotidianas y así los pacientes aprendan a convivir con su envejecimiento.**

**Es sabido que existe relación entre las enfermedades físicas y psíquicas. El ser humano involucra toda la corporalidad, y en él hay una comunicación bidireccional entre el cerebro y los sistemas corporales que se produce a través de mecanismos neuroendocrinos.<sup>9</sup>**

**Dos tipos de mecanismos han sido sugeridos para relacionar depresión con mortalidad, por un lado el conductual (dificultades del paciente deprimido para cumplir el tratamiento y modificar factores de riesgo) y por otro lado factores fisiopatológicos asociados con la depresión (alteraciones del equilibrio simpático-parasimpático).**

**Mientras que la prevención secundaria se basa en el diagnóstico y detección precoz de las patologías con el objetivo de disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad y puede**

estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo. También los adultos mayores que han aprendido a vivir con su enfermedad necesitan un lugar donde se sientan seguros de estar tratándose adecuadamente, ya que a más de los centros de salud locales y clubes del adulto mayor en los mismos se debería contar con Centro de Vinculación con la comunidad de adultos mayores, donde se les brinde control de sus enfermedades crónicas, charlas sobre sus posibles complicaciones, formas de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, y apoyo psicológico para sobrellevar la vejez con una patología crónica.

Además de evidenciar que la mayoría de las complicaciones que estos pacientes presentan son a causa de los estilos de vida inadecuados, por lo tanto nuestro trabajo de investigación va encaminado a esos centros de Vinculación con los adultos mayores y así identificar las diferentes actitudes y percepciones sobre el envejecimiento en los pacientes para buscar nuevas formas de vida saludable y así prevenir y ayudar a combatir esta enfermedad.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Establecer las principales influencias en las percepciones y actitudes ante el envejecimiento sobre el estado de salud en adultos mayores. **Objetivos Específicos**

- **Determinar la autopercepción sobre sí mismo y sobre su condición de salud como adultos mayores**
- **Determinar aspectos que influyen en la actitud en los adultos mayores y su percepción hacia el envejecimiento**



- **Evaluar la influencia las actividades físicas en la actitud y autopercepción ante el envejecimiento**
- **Determinar la influencia el envejecimiento en el autocuidado**

## **CAPTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes Investigativos**

**Podemos señalar que la población en general tiene una percepción sobre las personas mayores en la que combinan rasgos positivos y negativos, reflejadas en el trabajo de Ana María Pérez Hernández denominado “La Percepción Social de la Vejez 2014”. Esto**

se traduce en unaprevalencia de estereotipos negativos relacionados con las capacidades y actitudes de los/as mayores.

Esta imagen estereotipada y negativa es rechazada por las propias personas mayores, que se ven a sí mismas de una manera más positiva. Sin embargo, cuando hablan de la vejez en general suelen emplear los mismos estereotipos negativos que el resto de la población, lo que puede llevar a que no se identifiquen a sí mismas como personas mayores.

La imagen que tienen los/as niños/as, en términos generales, es muy positiva ya que destacan la vitalidad y actividad de los/as mayores, a los que ven como unaprolongación de sus padres.

En definitiva, en la actual percepción social sobre la vejez, se detectan tanto elementos propios del Paradigma Tradicional como del Nuevo Paradigma. Sin embargo, dado que la población general destaca rasgos negativos de la vejez y que los medios de comunicación, en este caso la prensa, constituyen uno de los principales canales de propagación del Paradigma Tradicional y su influencia sobre la población es muy destacada, podemos decir que impera esta visión negativa, paternalista, estereotipada, peyorativa y patologizante que asocia vejez a enfermedad, dependencia, y pérdida de habilidades y capacidades.

Otro trabajo que fue realizado por María Hernández y cols. Llamado “Actitudes negativas hacia la vejez: aspectos psicométricos de una escala” donde se diseñó para indagar a través del Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV), exclusivamente las actitudes negativas hacia el envejecimiento, esto es, el grado en que el tema de vejez evoca asociaciones negativas. Participaron en el estudio 987 personas, entre los 15 y los 69 años que respondieron a la versión original de 24 reactivos.

Después de practicar análisis de frecuencias de respuestas, correlaciones de los reactivos con la calificación total y comparaciones de grupos contrastados, se descartaron tres preguntas. El análisis factorial del instrumento produjo 3 factores que explicaron el 44.5% de la varianza, los factores fueron: 1) los estereotipos negativos físicos y

conductuales hacia la vejez, 2) el miedo al propio envejecimiento, y 3) el miedo al deterioro intelectual y al abandono. La confiabilidad del instrumento fue de  $\alpha=0.831$ .

Las variables sociodemográficas que produjeron diferencias significativas entre grupos para la calificación global del CAV fueron la edad, el estado civil, el estado de salud, el tener pareja, el profesar una religión y el nivel de religiosidad. A partir de la dirección de esas diferencias el perfil de participantes con puntuación global más elevada fue: ser joven o mayor, ser soltero, divorciado o viudo, estar enfermo, no tener pareja, no profesar alguna religión y tener una mínima participación religiosa.

Luz María Alonso presentó un trabajo donde se proponía determinar las percepciones sobre envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del hogar geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla. Fue un estudio de casos, enfoque cualitativo. Se aplicó una entrevista semiestructurada a 40 personas. El método fue el análisis de categorías de expresiones más frecuentes validadas por triangulación con el consenso de los observadores; estas categorías se analizaron con referentes teóricos sobre el envejecimiento.

Se encontraron percepciones en común; “Los participantes no se consideran viejos(as)” y “Se sienten bien porque todo el tiempo fueron activos” y en las mujeres “Envejecimiento está asociado a menopausia”. Dentro de algunas de las expresiones encontradas están: “Sienten que su experiencia y madurez pueden ser de gran aporte a la sociedad”. La percepción está influida por la familia, los idiomas y la espiritualidad.

Las mejores percepciones son aquellas que en etapas previas de la vida se describían activas y con buenas relaciones con la familia, uno de cada diez adultos mayores tuvo percepciones negativas de la vejez. El envejecimiento se percibe como un proceso de carácter multidimensional. La percepción del envejecimiento está influida por el apoyo social, la salud, la espiritualidad; con respecto al bienestar, la mayoría está conforme con sus logros y éxitos y con los recursos con los cuales cuenta; prevalecen en ellos las percepciones positivas.

## 2.2 Fundamentación Filosófica

La presente investigación refleja el impacto social entorno al envejecimiento ya que nos permite ver la realidad del problema, ya que la naturaleza subjetiva de esta temática revela que aún existen causas no definidas que desencadenan la aparición del deterioro de la salud en adultos mayores. Una investigación de esta naturaleza no solo propone el conocimiento de las causas que provocan el fenómeno en cuestión, sino cómo incidir positivamente para el mejoramiento de su situación.

Se guía en valores mientras realice la presente investigación pues se trata de una población vulnerable y esta etapa de su vida es ya difícil asumir ciertos cambios en los diferentes aspectos que se desarrollan a su alrededor.

El personal de salud tiene como finalidad la aplicación nuevos conocimientos sobre este tema conjuntamente con todo el equipo médico multidisciplinario, tanto clínico, psicológico y social para buscar una solución aun no aplicada, controlando así las posibles complicaciones y previniendo la incidencia del deterioro de la salud y si existiera una enfermedad crónica no transmisible.

Todo lo anteriormente citado se sustentara en valores bioéticos que influirán en el proceso de la investigación.

### **2.3 Fundamentación Legal**

En la República del Ecuador, la Ley del Anciano, con varias reformas, dio un maravilloso marco jurídico en 1991, que vislumbraba, entre otros beneficios: alimentos, exoneraciones, impuestos, tarifas de transportes, espectáculos, tasas de agua, luz y teléfonos con el 50%de descuento; hogares de protección, salud, educación, entre otras premisas que luego fueron recogidos por el Código Civil ecuatoriano en los Arts: 279, 280, 281, 367 y más. Y Leyes especiales como: Ley de Derecho y Amparo al paciente, especialmente en el Art 3; Ley de Seguridad Social; Ley Orgánica de Tránsito, entre otras, que favorecen al Adulto Mayor, pero poco se han tomado en cuenta.

Por otra parte, La Constitución de la República del Ecuador del 2008, tomando con mucha responsabilidad, LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, entre los cuales se encuentran los Adultos Mayores, en el Artículo 36 se tipifica que “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 65 años de edad”. Así mismo, el Artículo 37 dice” El Estado garantiza a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicina.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exoneración en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales de acuerdo a la Ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

En el Artículo 38, se dice que “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 equidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas”

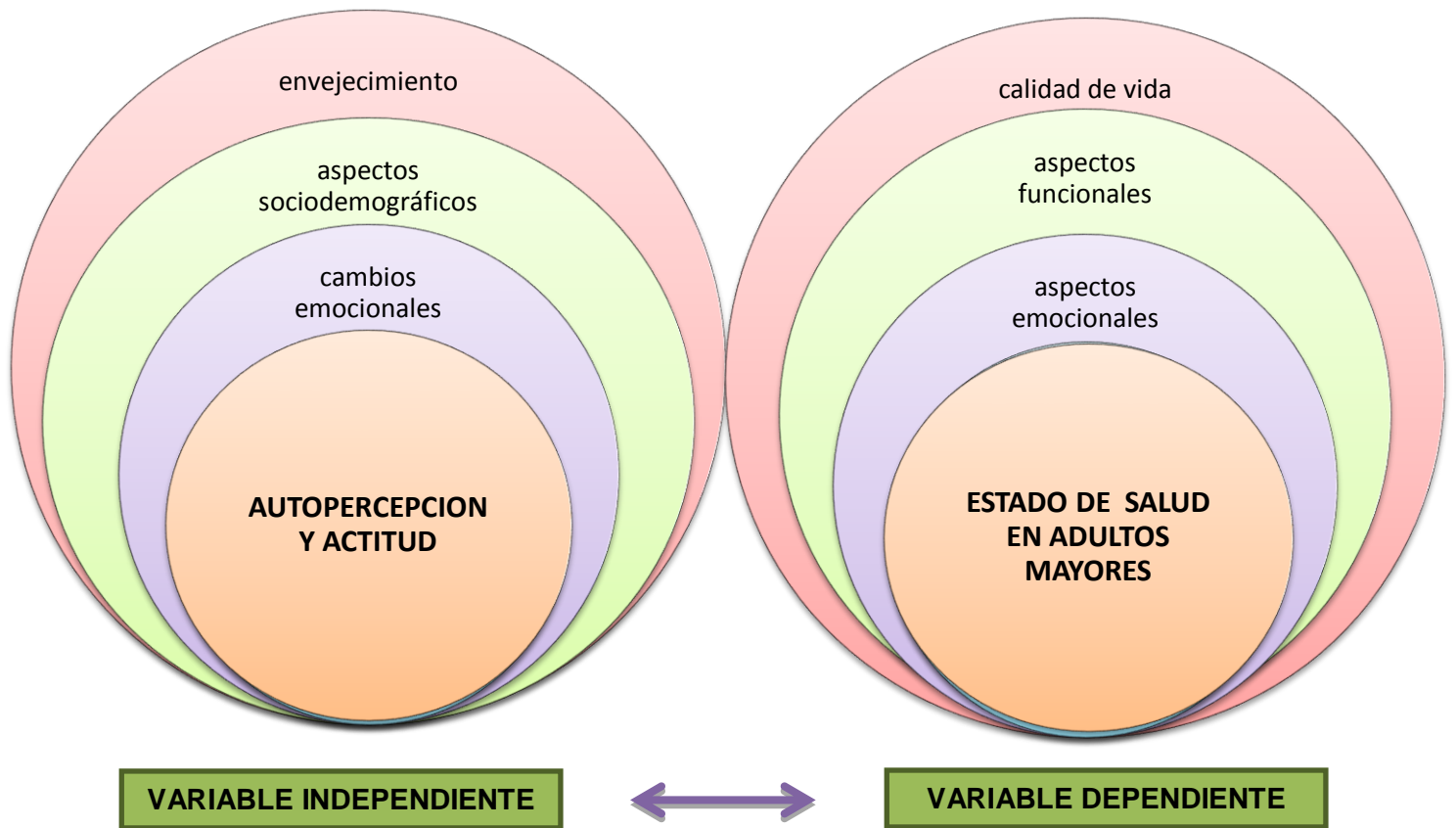
En particular, el Estado tomará medidas de:

1. “Atención en centros especializados que garantice 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 en forma permanente”.
2. “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”.

3. “Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social”.
4. “Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones”.
5. “Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades creativas y espirituales”.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad.
8. 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.
9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
10. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.
11. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

## 2.4 CATEGORIZACION DE VARIABLES



### DEFIINICION

En términos coloquiales se suele etiquetar a las personas ancianas dentro de lo que se conoce como “Tercera Edad”. Ante esto, muchos lo asumen, otros creen que todavía no han llegado, en ambos casos porque se dice que ésta es la última etapa de la vida, otros opinan que la vejez ni siquiera tiene que ver con la tercera edad. Se considera que la tercera edad es un término impreciso a la hora de utilizarlo, ya que las etapas por las que el individuo pasa son la infancia, la juventud, la madurez y la vejez.<sup>10</sup>

Para el autor fusionar las dos primeras en una sola es considerado algo erróneo, ya que cada una de ellas tiene características propias y diferentes a las demás, como ocurre en la madurez o en la niñez. Así mismo, autores como Aranguren (1992) y Guillén (1995) denominan “Cuarta Edad” a una etapa diferente y posterior a la tercera edad. En esta

última, en la tercera edad, el individuo es capaz de valerse por sí mismo y demuestra cierta autonomía que le permite llevar una vida independiente. Sin ser una paradoja, estaríamos hablando de la “vejez más joven”. El concepto de cuarta edad se identifica con “el envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el período de vida en el que los individuos tienen una edad mucho más avanzada en relación a otros ancianos y generalmente su situación es de dependencia respecto a otras personas para poder realizar muchas actividades de la vida diaria. Podríamos seguir estableciendo cortes y diferenciaciones de unos ancianos respecto a otros, pero el punto de inflexión actual para considerar a una persona como vieja se sitúa en los 65 años de edad.<sup>10</sup>

Existen muchos estereotipos negativos asociados a la vejez; se acepta socialmente que una existencia sedentaria es normal y apropiada para este grupo de edad y hasta hace poco, las personas mayores eran consideradas como improductivas, con una pobre salud y motivación, que simplemente esperaban morir, seniles, aislados e incluso institucionalizados. Se trata de luchar contra el sedentarismo, y por su imposición, los propios mayores- han creado; esa imagen de persona inútil, enferma, e inactiva, ese viejo desdibujado que espera impasible en su mecedora la llegada del final de la vida. Muchas personas mayores, incluso los más mayores con alteraciones crónicas, osteoporosis, diabetes, quieren conservar su salud, mantenerse independientes el mayor tiempo posible manteniendo sus cuerpos y sus mentes en forma.<sup>10</sup>

#### Criterio cultural de la vejez

Para entender cómo la sociedad-cultura define la vejez y cómo los viejos se adaptan o no a tales criterios, veamos la evaluación cultural-regional según el orden asignado por los entrevistados a cada uno de los siguientes criterios; criterio cronológico (edad); criterio bio-psicológico (condiciones de salud); criterio laboral (actividades productivas); aspecto externo (arrugas, calvicie, etc.); actitudes.<sup>1</sup>

#### La vejez y su percepción según las sociedades humanas

El concepto de vejez abarca en el ser humano una pluralidad de facetas que sobrepasan el ámbito de los aspectos biológicos para adentrarse en los psicológicos, los sociales y los filosóficos. Además, el significado de la vejez y el envejecimiento pueden ser



considerados desde muy diversos ángulos, según se considere, por ejemplo, desde la percepción de las personas que han alcanzado una edad muy avanzada, o se tome como referencia la significación que adquiere en otros grupos de personas de edades y condiciones psicosociales dispares. También hay que tener en cuenta la vejez desde la apreciación de los profesionales que se ocupan de la atención y del cuidado de los ancianos, pasando por las propios gobernantes, que deben prever y aplicar medidas de política social. Asimismo, no puede obviarse que en la actualidad, es fácil que la etapa de la vejez ocupe un largo periodo de la vida de las personas, lo que constituye un fenómeno social novedoso.

### **La vejez en nuestro ámbito cultural**

Como se ha dicho, la edad en la que comienza la vejez no es algo que esté delimitado, ni biológica ni psicológicamente, sino que se trata de una convención social aceptada por las distintas culturas. El envejecimiento psicológico, entendido como el comportamiento y las vivencias de la vejez, solo en una pequeña parte está determinado de modo biológico, o sea por el estado de salud, y en cambio está ampliamente fijado por factores ambientales, sociales y ecológicos". Por otra parte, la edad de una persona no es un indicador suficiente para delimitar su estado de salud o funcional, ni su rendimiento intelectual. Asimismo, no es tampoco posible predecir la integración social o el grado de adaptación de las personas a los cambios que experimentan con el paso del tiempo

### **Modelos psicológicos de envejecimiento**

Las clasificaciones que se han hecho acerca de los modelos teóricos que se han acercado al estudio de la vejez son dispares, pues depende de que el encuadre se haga desde una perspectiva sociológica o psicológica. En este estudio, nos referimos a las teorías psicológicas del envejecimiento que han tenido más repercusión en las últimas décadas.<sup>3</sup>

### **La imagen de la vejez contenida en los estereotipos sociales**

Los estudios que recogen la imagen social de las personas ancianas empiezan a surgir a mediados del siglo pasado, en una serie de trabajos realizados por profesionales de la medicina y la psiquiatría con personas que fueron seleccionadas generalmente a partir de las consultas médicas, de los hospitales y de los centros psiquiátricos. Por lo tanto,

estos casos no representaban a la generalidad de la población de personas mayores, sino que eran, más bien, exponentes de la vejez patológica. No obstante, de los resultados de estos trabajos, se infirieron unas conclusiones para el conjunto de la población mayor, lo que ha favorecido un patrón generalizado de rasgos considerados normativos en la vejez. Éstos obedecen a los estereotipos negativos hacia la vejez y coinciden los de enfermedad, deterioro mental, rigidez de pensamiento, falta de compromiso, dependencia y problemas sociales y económicos. Es decir, podría considerarse que la mayor parte de los estereotipos sociales de la vejez abarcan áreas como el deterioro de la salud física y mental, la pérdida de la motivación y la de los intereses vitales.

*a) Los ancianos son percibidos como enfermos y con grandes dosis de discapacidad funcional*

Este estereotipo ha sido reforzado por el uso del término de fragilidad, que se ha empleado con abundancia en la literatura gerontológica, y que entra en conflicto con la evidencia de la autonomía personal y del buen rango de salud que mantienen la mayoría de las personas mayores de 65 años, a pesar de una elevada presencia de patologías crónicas, las tres cuartas partes de las personas mayores de 65 años refieren que su estado de salud es bueno.

El tópico de la dependencia generalizada choca también con la realidad de que cada vez más ancianos eligen vivir solos en su propia casa, valorando así una forma de vida autónoma que les permite mantener su privacidad. Para los ancianos de edades muy avanzadas esta posibilidad se va limitando sin embargo, debido a la más alta incidencia de incapacidades.

*b) Los ancianos son percibidos como careciendo de recursos sociales, lo que les hace estar solos y deprimidos*

Existe una imagen social de los ancianos como marginados socialmente y faltos de amigos, lo que les hace estar aislados y encontrarse con un estado de ánimo desesperanzado. Esta imagen no parece coincidir con la situación real en la que se encuentra mayor parte de esta población, como señala, quien halló que la mayoría de

los sujetos mayores entrevistados contaban con apoyos afectivos y sociales y no se encontraba en ellos una alta tasa de depresión.

*c) Los ancianos son percibidos con deterioro cognitivo y trastornos mentales*

Esta imagen encaja con la noción de la vejez asociada con la senilidad como inevitable. De nuevo la evidencia presenta un punto de vista contradictorio, pues aunque de forma clara las investigaciones constatan pérdida de memoria con el incremento de la edad, y porque los fallos de memoria son la queja subjetiva más frecuente en las personas de edad, hay aspectos de la memoria que apenas se deterioran y que cuando esto ocurre, suele estar ligado dicho deterioro a otras patologías, como depresión, y demencias. La mayoría de los déficits de memoria son ligeros y suelen estar relacionados con aspectos como la motivación, la atención, la velocidad y las estrategias de procesamiento.

*d) Los ancianos aparecen como psicológicamente rígidos e incapaces de adaptarse a los cambios.*

De nuevo, los datos apoyan la existencia de la flexibilidad en la última etapa de la vida y de adecuados recursos de afrontamiento. Los ancianos no parecen ser inherentemente menos flexibles en términos de actitudes o estilos de personalidad que las personas más jóvenes, sino que diferentes estudios (Gatz, Kasl-Godly y Karel, 1996; Regier et al., 1988) han demostrado que tienen recursos de afrontamiento en abundancia, lo que les lleva a manejar el estrés en una variedad de situaciones de una forma efectiva. Además, en su mayoría presentan suficientes recursos adaptativos para hacer frente a las demandas derivadas de los mayores problemas de salud y del gradual estrechamiento de perspectivas de futuro. Por ejemplo, hay investigaciones que sugieren que la vejez no es una etapa del desarrollo especialmente estresante y que junto a una mayor fragilidad biológica, aparece también con el aumento de la edad más fortaleza en cuanto a los recursos de adaptación psicológica y cultural.<sup>3</sup>

**La Influencia de la información en la percepción de las personas mayores**

Se ha comprobado que algunas peculiaridades relacionadas con la información que reciben los observadores, pueden influenciar las creencias y estereotipos que la gente

**mantiene hacia las personas mayores. A continuación se van a explicar brevemente algunas de tales peculiaridades de la información.**

**La influencia del género en la evaluación de las personas de edad avanzada, también guarda relación, con el diferente rol social que se les presupone a hombres y mujeres. Desde esta perspectiva, se sugiere que las creencias de la gente sobre los otros derivan, al menos parcialmente, de las atribuciones que se hacen en función de roles sociales normativos. Por ejemplo, en nuestra sociedad es habitual aún asumir que si una persona no ha trabajado en una actividad productiva, es fácil que se piense que es una mujer, mientras que si ha desempeñado una actividad laboral retribuida, es probable que la mayoría de las personas consideren que se trata de un hombre, lo que ha sido comprobado empíricamente**

#### **Características de las personas mayores**

**Las personas mayores tienen una serie de características que les son propias debido al proceso de envejecimiento natural. Podríamos citar tres niveles en los que poder situar las transformaciones de los individuos:**

**Nivel biológico:** cambios en las estructuras anatómicas y funcionales del individuo. El proceso de envejecimiento, tiene su reflejo en cambios que se pueden observar, en todos los niveles de organización de nuestro cuerpo, tanto a nivel molecular, como celular o tisular como al nivel del órgano y de su función.

- **Nivel psicológico:** modificaciones en cuanto al procesamiento de la información. Desde un punto de vista psicológico, lo que más llama la atención son los fallos en la memoria reciente que los propios adultos mayores y nuestro entorno social o familiar suele asociarlos a la enfermedad de Alzheimer. Se da dicha preocupación porque se desconoce que en la vejez hay cambios que se consideran normales con respecto al funcionamiento cognitivo. Igualmente se

producen cambios afectivos y en la personalidad que deben ser considerados como normales y esperables.

La persona cuando llega a envejecer sufre un aumento de la vivencia de pérdidas, entendiendo pérdida como la vivencia por la cual sentimos que ya no tenemos algo, a nivel real y subjetivo que es significativo para nosotros. Dichas pérdidas afectan a todos los ámbitos, aunque en este artículo me centraré en las pérdidas a nivel afectivo. Todas las pérdidas implican un proceso de duelo, es decir, de un trabajo psíquico. El superar la pérdida es vital para la persona que envejece, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan repetidas crisis de identidad o que se atenúen las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores. Bajo mi punto de vista estos cambios psicológicos se presentan más acentuados cuando la persona empieza a notar que los cambios físicos y biológicos generan una pérdida, real o subjetiva, de la independencia que vivía hasta entonces.<sup>10</sup>

- **Nivel social:** cambios en cuanto a la relación con las demás personas y su entorno. Cuando envejecemos nos enfrentamos a una progresiva pérdida de nuestra red social, además de trastocarse el reparto de tiempos de nuestra vida diaria que teníamos en las etapas anteriores de nuestra vida. En muchos casos al jubilarnos o cesar en nuestra actividad, perdemos el ámbito laboral con lo que ello implica de pérdida de relaciones personales y roles. No somos longevos de por vida a pesar del aumento de la esperanza de vida al nacer y a medida que envejecemos, nos van dejando las personas con las cuales manteníamos relaciones de apego fuerte y eran para nosotros personas significativas. Debemos enfrentarnos a procesos de pérdidas. Nuestra vida se puede decir que tiene más momentos de soledad que en otras etapas de nuestra vida. Coincide, además, en muchos países, con el fenómeno del “nido vacío”, es decir, en la familia se nota un vacío, los hijos emprenden su propio proyecto de vida y las relaciones con ellos se hacen más distantes. Reflexionando sobre que es lo que puede incrementar la soledad o favorecer que aparezca en esta etapa con mayor intensidad, a mi juicio, es un mayor peso de la rutina de vida diaria, trastocada con un incremento del tiempo libre del que dispone ahora la persona, y la falta de una actividad motivante a través de la cual refuerce su autoestima.

Hay que tener en cuenta que no todas las transformaciones comentadas se producen al mismo tiempo sino que se van sucediendo individualmente debido a la herencia del sujeto, a la alimentación y al estilo de vida que haya llevado entre otras razones.

### **El tipo de convivencia y las responsabilidades hacia otros**

La mayor parte de las personas ancianas manifiestan, respecto a la forma de convivencia preferida, que desean permanecer en su propia casa, separados de sus hijos, pero manteniendo respecto a éstos una cercanía.

Es lo que se conoce como “intimidad a distancia” (Bazo, 1990) lo que, por otra parte, parece que es el tipo preferido de la convivencia intergeneracional. La relación con los miembros de la familia como la más importante red de contactos sociales que mantienen las personas mayores. No obstante, estos mismos autores han encontrado unos resultados similares en todos los grupos de edad. De esta forma, los vínculos familiares no aparecen ser específicos de las personas ancianas.

### **Percepciones y actitudes hacia la propia vejez**

Como se ha puesto de manifiesto en los capítulos precedentes, los estereotipos hacia la vejez tienen un componente esencialmente negativo, y ésto ocurre en todas las sociedades humanas. Debido a ello, parece importante considerar el significado personal que otorgan las personas mayores a los cambios que van experimentando a medida que avanzan en edad. Por ejemplo, el grado en que los sujetos perciben tales cambios como controlables o por el contrario, los consideran como normativos e inevitables, les pueden llevar a adoptar actitudes muy distintas ante los mismos. Así, cuando los cambios que se experimentan, se perciben como imposibles de ser evitados, esto podría hacer que las personas mayores se adaptaran a esas pérdidas por medio de modificaciones internas, tales como la reevaluación de creencias, o bien la modificación de metas. Por el contrario, si los cambios se perciben como que son controlables, entonces es más fácil que las personas se planteen desarrollar determinadas actividades, dirigidas a incidir de alguna forma sobre ellos. Por ejemplo, pueden procurarse

tareas y acciones destinadas a modificar el medio, o bien a incrementar la autoeficacia en algunas áreas psicológicas, por ejemplo, en las habilidades cognitivas, para compensar determinadas pérdidas. Además los cambios que se van experimentando pueden incidir en aspectos de las propias autopercepciones como las relacionadas, por ejemplo, con la autoestima o con una visión más o menos esperanzada hacia la vida.<sup>3</sup>

### **Identificación con el propio grupo**

Hay un amplio cuerpo de investigaciones, sobre todo de raza y de género, que han encontrado que, generalmente, las personas muestran preferencia por el propio grupo y tienden a identificarse con él, aunque existan creencias negativas ampliamente aceptadas socialmente. En cambio, por lo que respecta a la vejez, los estudios muestran que tal preferencia hacia el endogrupo no encaja necesariamente en este patrón, ya que muchas personas mayores no se identifican con el endogrupo. No obstante, los resultados no son homogéneos, puesto que en los de algunos estudios, se ha encontrado que las evaluaciones de las personas mayores hacia sus pares son más positivas que las que hacen las personas jóvenes y que, a medida que los participantes tienen más años, aumenta el porcentaje de identificación con el grupo de edad. Sin embargo, los resultados de este tipo de estudios son cuestionados por algunos investigadores, los cuales sostienen que cuando se emplean instrumentos de medida explícitos, como es el caso de los autoinformes, las respuestas de los participantes pueden estar influenciadas por los efectos de deseabilidad social. Por tal motivo, algunos investigadores han empezado a estudiar las actitudes hacia la vejez que mantienen los adultos mayores empleando instrumentos de medida implícitos. Mientras que las actitudes positivas explícitas aumentan a medida que los sujetos tienen más años, sin embargo a un nivel implícito, las actitudes negativas hacia la vejez y la falta de identificación con el endogrupo se mantienen prácticamente estables.

### **Las diferencias en dimensiones de personalidad: autoestima y optimismo**

La personalidad se define como “la cambiante e interactiva organización de las cualidades características que, vistas como un todo, hacen que las personas se comporten tal y como lo hacen y que sean diferentes de los demás”.

Algunas de estas cualidades individuales son las que se refieren a la imagen y al concepto que las personas tienen de sí mismas, así como sus cambios en el transcurso de la vida. El autoconcepto suele ser definido como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos sobre uno mismo. Los componentes evaluativos del autoconcepto constituyen la autoestima, la cual está formada por los sentimientos, positivos y negativos, que el sujeto experimenta sobre sí mismo. Esta dimensión es una de las características de personalidad que se considera que desempeña un papel importante en la vejez por cuanto implica la valoración que la persona hace de sí misma en función de las experiencias vividas.

En relación con la autoestima hay autores que creen que dadas las pérdidas que tienen lugar a medida que aumentan los años en la vejez, es fácil que la autoestima experimente una disminución en esta etapa. Así encontraron que a medida que aumenta la edad disminuye la autoestima. Se comprobó que las mujeres de más de 80 años, tenían sentimientos hacia sí mismas menos favorables que en edades más jóvenes. No obstante, obtuvieron resultados contrarios, de los que sugieren que más bien la autoestima aumenta con la edad.

A pesar de estos resultados dispares, existe un general acuerdo, en que la imagen de sí misma que la persona aporte en la edad avanzada, va a condicionar que se experimente como fuerte, integrada, eficaz y con control sobre su vida, o por el contrario, frágil, insegura, inadaptada o dependiente.

## **PERCEPCIONES Y ACTITUDES**

### **PERCEPCIONES**

#### **Definición**

La percepción es el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. También se la define como la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.

#### **Componentes**



Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas. Este fenómeno nos lleva a concebir la percepción como resultado de dos tipos de cosas:

- 1- Las **sensaciones o el estímulo físico** que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
- 2- Los **inputs internos** que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, y que proporcionarán una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos. (Campos, 2002)

### **Proceso de la Percepción**

La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: Selección, organización e interpretación.

**Selección:** Se refiere al hecho de que el sujeto percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades. Es decir, se opera un auténtico procesamiento de la información por parte del sujeto, mediante el cual el mensaje despierta en el individuo toda una serie de juicios de valor que se traducen en reacciones de muy distinto signo.

**Organización:** Una vez seleccionados, las personas han recogido una cantidad de estímulos de forma conjunta que, en esencia, son sólo una simple colección de elementos sin sentido. Las personas los clasifican de modo rápido asignándoles un significado que varía según cómo han sido clasificadas, obteniéndose distintos resultados.

**Interpretación:** La interpretación es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados.

La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello, la forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses. Así, la formación de los estereotipos, corresponde en gran parte a la interpretación perceptual que el individuo da a los acontecimientos. (Departamento de Psicología-Universidad de Alicante, 2007)

## Características

- **Subjetiva:** ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.
- **Selectiva:** porque la persona no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.
- **Temporal:** pues la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

## Tipos

**Percepción del espacio:** consta de 3 informaciones: verticalidad, horizontalidad y profundidad. Se da con la audición, el tacto y la vista. Percibimos el mundo en 3 dimensiones dada la separación de los ojos y su disparidad binocular, que ayuda al cerebro a calcular la distancia a la que está un objeto.

**Percepción del movimiento:** surge de una mezcla entre la facilidad de mover la cabeza y los ojos, pero además tiene su base neurológica en las unidades detectoras de movimiento.

También depende de la capacidad de enfoque y apertura de la retina, y de la cercanía hacia el objeto.

**Percepción del tiempo:** el tiempo es subjetivo para el cuerpo, pues no hay un receptor biológico para percibirlo. Se cree que se capta con un “reloj biológico hipotético” y con la experiencia. También existe la teoría de que uno percibe el tiempo en relación a procesos corporales, como las ondas cerebrales, el ritmo cardíaco, el sueño o la digestión.

**Percepción social:** cuando se conoce a una persona, se entra en proceso de percibirla. Se percibe su físico, pero también su comportamiento, y de este se desarrollan conclusiones y atribuciones. También se apoya en otros estímulos para asignar atributos a las personas (movimientos bruscos, sonidos suaves, olores desagradables, etc.).(Campos, 2002)

## ACTITUDES

### Definición

Son las creencias, sentimientos, y tendencias de conducta hacia objetos, grupos, eventos o símbolos.

### **Componentes**

- **Afectivos:** Respuesta emocional positiva o negativa hacia alguna persona, objeto, evento, etc.
- **De Conducta:** Intención de realizar una acción.
- **Cognitivo:** Creencias que tenemos frente a algo.

### **Formación de actitudes**

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de actitudes: la Teoría del Aprendizaje y la Teoría de la Consistencia Cognitiva.

- **Teoría del Aprendizaje**

Se basa en que, al aprender, recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas sociales de estos aprendizajes.

El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

- **Teoría de la Consistencia Cognitiva**

Consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía. Así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

### **El cambio de las actitudes**

Las actitudes influyen en la conducta social. Por eso quienes intentan cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes. Se suele decir que hay dos formas de cambiar las actitudes: incidir sobre el componente cognitivo y el componente afectivo.

### •Naturaleza cognitiva

Se utiliza en las personas motivadas y que saben bien lo que desean. Esta es una forma muy útil y se llega a producir este cambio de actitudes durante mucho tiempo.

### •Naturaleza afectiva

Esta forma de cambio no es tan clara como la cognitiva, sino que intenta producir un cambio mediante la incidencia en el componente sentimental. Y si se llega a producir este cambio, parece ser más temporal. (Huerta, 2008)

### **Estereotipos y prejuicios**

El **estereotipo** es un concepto simple y muy común aceptado por un grupo o sociedad y, por ende, por la persona. Son moldes mentales que capta la experiencia. El estereotipo cumple una función que se adapta perfectamente, es ordenado y simplifica la información que necesita el sujeto para poder reaccionar con una mayor rapidez.

Los **prejuicios** son unos sentimientos negativos o positivos, normalmente se forman por creencias o pensamientos estereotipados. (Departamento de Psicología-Universidad de Alicante, 2007)

### **Medición de las Actitudes**

Al igual que cualquier objeto de la naturaleza, un ser humano es susceptible de medición: se le puede medir la estatura, el peso, la temperatura corporal, tensión arterial, el umbral auditivo, la visión e incluso la personalidad.

Por lo que es evidente, que para cada una de las dimensiones a medir se necesita un instrumento específico capaz de lograrlo. Puesto que las actitudes no son susceptibles de observación directa, su existencia e intensidad deben inferirse de lo que puede ser observado. Esto puede llevarse a cabo por medio de entrevistas, aunque es más eficaz y se tiene mayor precisión valiéndose de escalas y cuestionarios escritos. (Cornejo, 2007)

### **Técnicas de Medición Indirecta**

Aquellas en que el sujeto no conoce que su actitud está siendo evaluada. El investigador interpreta las respuestas en base a dimensiones y categorías diferentes a las que tuvo presentes el sujeto mientras contestaba.

### **Técnicas:**

- Dilatación de la pupila y reacción psicogalvánica.
- Elección de error de Hammond: serie de ítems de elección múltiple.
- Preferencia de compañero: varias personas en colaboración con el investigador expresan ciertas actitudes y después se pide al sujeto cuya actitud se va a medir que indique su preferencia social por uno o más de estas personas.

### **Técnicas de Medición Directa (Diferencial semántico)**

- Se pide a los sujetos que evalúen un objeto actitudinal en una serie de escalas bipolares semánticas.
- Es un método objetivo de observación y medición del significado psicológico de los conceptos.

### **Escalas Tipo Thurstone**

El modelo de Thurstone (método de comparación por pares) consiste en presentar a una muestra representativa de la población una lista previa de enunciados que, se piensa, pueden ser pertinentes para medir el grado de favorabilidad/desfavorabilidad de los individuos hacia cierto objeto. Sin embargo, los sujetos de esta muestra no actúan como sujetos que responden con su opinión a los enunciados o ítems, sino que hacen de jueces para discriminar la favorabilidad de esos enunciados.

Es decir, no expresan su opinión sobre la afirmación que se les presenta, lo que se les pide es que manifiesten cuál es el grado de favorabilidad que expresan los enunciados con respecto al objeto de que tratan.

En el método de comparación por pares los jueces tienen que comparar dos a dos todos los ítems que componen la escala indicando cuál de los dos es más favorable hacia el objeto de

la actitud. Este método resulta enormemente costoso por la cantidad de comparaciones que deben realizar los jueces, razón por la cual Thurstone desarrolló otros métodos más ágiles como el método de intervalos aparentemente iguales.

### **Ventajas**

- 1) Permite hacer una calificación actitudinal de un grupo dado a lo largo de un continuo que va del polo positivo al negativo.
- 2) Supone un refinamiento en la medida.
- 3) Si el sistema de medida es el intervalo, proporciona un método adecuado para comparar puntajes actitudinales y cambios actitudinales en los individuos y en los grupos.

### **Desventajas**

- 1) El proceso de elaboración de la escala es largo y complejo.
- 2) Su contenido y elaboración la convierte en una escala a nivel ordinaria.
- 3) Influencia que ejercen los jueces en la valoración de los ítems. (Iñiguez, 2004)

### **Escala Tipo Likert**

Estas escalas están formadas por un conjunto de afirmaciones de idéntico valor, a cada una de las cuales se debe responder matizando al grado de acuerdo o desacuerdo que se tiene con ellas. Si sumamos todas las puntuaciones dadas de todas las preguntas de la escala, se obtiene la puntuación de “la actitud” del sujeto en concreto.

La técnica de Likert asume un nivel de medida ordinal en la que los sujetos son ordenados según su posición favorable o no hacia la actitud en cuestión. Los ítems se presentan en forma de enunciados. La puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem sea esta positiva o negativa.

### **Ventajas**

- 1) Permite la utilización de ítems que no están directamente relacionados con la actitud que se pretende medir.
- 2) Su construcción es sencilla.
- 3) El nº de ítems que se necesitan para su confección suele ser menor que en las de Thurstone. Su fiabilidad suele ser elevada.

### **Desventajas**

- 1) La magnitud comparativa no expresa en cuanto es más favorable un sujeto en la actitud respecto de otro.
- 2) La puntuación de un sujeto suele tener significado algo confuso. (Núñez, 2005)

## **2.5 HIPOTESIS**

“La autopercepción y actitud ante el envejecimiento influyen en el estado de salud de los adultos mayores de la parroquia Cunchibamba de la ciudad de Ambato”.

## **2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

- **Variable Independiente:** Autopercepción y actitud ante el envejecimiento.
- **Variable Dependiente:** Estado de salud de los adultos mayores

## CAPITULO III

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación es de Campo, porque mediante esta se podrá identificar las autopercepciones y actitudes ante el envejecimiento y su influencia en el estado de salud que perciben los adultos mayores en la parroquia Cunchibamba de la ciudad de Ambato, estará en relación directa con adultos mayores y se determinarán los principales causantes del problema.

#### **3.2 ENFOQUE**

La presenta investigación tiene un enfoque **cuantitativo** porque el objetivo es comprender la problemática del adulto mayor en cuanto a la conservación de la salud mediante la relación que existe con autopercepción y actitud ante el envejecimiento que se desenvuelven en el entorno social en que viven los adultos mayores.

Es contextualizada donde los datos están dentro de la misma realidad que viven los adultos mayores; es interpretativa buscando los significados que los adultos mayores tiene sobre su la vejez y la etapa de envejecimiento.

#### **3.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación será de carácter descriptivo porque permitirá establecer los factores que influyen en la autopercepción y actitud ante el envejecimiento en los adultos mayores y la influencia en su estado de salud.



Mediante esta se comprobara la hipótesis a través de la detección el principal factor causal que determina la influencia en la salud del adulto mayor.

### **3.4 POBLACION Y MUESTRA**

Para la realización de esta investigación se tomó una población de **360** adultos mayores residentes en la parroquia de Cunchibamba. Con la ayuda del resumen del consolidado desde enero hasta diciembre 2014 proporcionado en la misma unidad de salud en la parroquia Cunchibamba, tenemos **75adultos mayores que cumplen con los criterios de selección para esta investigación**, de esta cantidad de pacientes **18 son hombres y 57 mujeres**.

### **3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1 Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores que viven en la parroquia de Cunchibamba
- Adultos mayores que acuden al Subcentro de salud de Cunchibamba

#### **3.5.2 Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores de los cuales no se pueda obtener la información correspondiente para la investigación o no cuenten con un acompañante proporcionar para la misma.
- Adultos mayores que no deseen formar parte de la investigación.

#### **3.5.3 Criterios Éticos**

- Confidencialidad: Se garantizó a los adultos mayores que la información obtenida a través de las encuestas iba a ser accesible sólo para los interesados en el trabajo de investigación, recalcando además el anonimato de los cuestionarios y respetando la individualidad y el espacio del alumno al momento de contestar las preguntas, sin que exista manipulación de terceras personas para sus respuestas.
- Anonimato: Los cuestionarios no solicitaron el nombre del adulto mayor dentro de los datos informativos

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### VARIABLE INDEPENDIENTE:

Autopercepción y actitud ante el envejecimiento

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>Percepción:</b> Es el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza a los sentidos.</p> <p><b>Actitud:</b> Creencia sentimiento, tendencia de conducta hacia objetos, personas, eventos, o símbolos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autopercepción</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento ante cambios físicos.</li> <li>• Relaciones interpersonales y sociales.</li> <li>• Influencia de la familia en su comportamiento sobre su estado de salud</li> </ul>	<p>¿Cuál es la percepción de su envejecimiento ante la sociedad?</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>Cuestionario que incluye alternativas de respuesta tipo escala de Likert y opciones de respuesta dicotómicas Si/No.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Actitud</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades dedicadas en el tiempo libre.</li> <li>• Influencia del estado emocional en sus actividades cotidianas.</li> <li>• Planificación de sus actividades para su futuro.</li> <li>• Autocuidado de salud.</li> </ul>	<p>¿Cuál es la principal actitud que el adulto mayor tiene ante su envejecimiento?</p>	

**VARIABLE DEPENDIENTE:**

**Estado de salud de los adultos mayores**

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>El estado de la salud se define como:</p> <p>Logro máximo de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales y ambientales en los que vive el sujeto y la colectividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición de salud</li> <li>• Comorbilidades</li> <li>• Dependencia funcional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos sociodemográficos</li> <li>• Causas y su control y tratamiento</li> <li>• Aspectos funcionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué actividades sociales realizan los adultos mayores?</li> <li>• ¿Cómo mantener control de comorbilidades?</li> <li>• ¿Qué tipo de actividad física realizan los adultos mayores?</li> </ul>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>Cuestionario que incluye alternativas de respuesta tipo escala de Likert y opciones de respuesta dicotómicas Si/No.</p>

### 3.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó la observación directa con el fin de ponerse en contacto con los objetos de estudio, en donde se recogerá información desde adentro, es decir de una manera participativa involucrándose en la vida misma del grupo de investigación.

### 3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para valorar la actitud hacia el propio envejecimiento del adulto mayor se utilizó el cuestionario de actitud hacia el envejecimiento AAQ (AttitudestoAgeingQuestionnaire). El cuestionario fue diseñado para valorar la actitud hacia el envejecimiento, contiene 24 reactivos que se dividen en tres subescalas con ocho reactivos cada una. Las subescalas las clasifican como pérdidas psicosociales (reactivos 3, 6, 9, 12, 15, 17, 20, 22), cambios físicos (reactivos 7, 8, 11, 13, 14, 16, 23, 24) y crecimiento psicológico (reactivos 1, 2, 4, 5, 10, 18, 19, 21). Dado que todos los reactivos de la subescala de pérdidas psicosociales son negativos, el valor de éstos se transformó a fin de guardar la misma dirección. El patrón de respuesta es tipo Likert de 5 puntos, el posible puntaje oscila entre 24 y 120 puntos; un puntaje mayor significa mejor actitud. El puntaje total fue transformado a índice de 0 a 100 puntos.

Autopercepción del envejecimiento fue medido a través de APQ (AgingPerceptionQuestionnaire) Este cuestionario fue escrito en su idioma original, el inglés, y posteriormente fue traducido al español. El cuestionario se evaluó en una escala Likert con una calificación que va de 1 a 5, no requiere modificaciones.

El APQ evaluó la autopercepción del envejecimiento a lo largo de ocho subescalas, siete se refirieron a la visión sobre su propio envejecimiento.

El cuestionario original consta de 32 reactivos, quedando 31 reactivos posterior a la validez de contenido, distribuidos de la siguiente manera: línea de tiempo crónica (reactivos; 1, 2, 3 y 4), la línea cíclica de tiempo (reactivos; 26, 27, 29, 30, 31), las consecuencias positivas (5, 6 y 7), las consecuencias negativas (15, 16, 17, 18, 19), el control positivo (reactivos; 9, 10, 11, 13, 14), control negativo (reactivos; 20,21, 22, 23), y las representaciones emocionales (reactivos; 8, 12, 24, 25, 28). Para estas siete

subescalas, los reactivos se califican en una escala de Likert de 5 puntos que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” puntuando de 1 a 5, respectivamente, en el caso de control negativo la calificación es en sentido inverso. El posible puntaje oscila entre 31 y 155 puntos. A mayor puntaje mejor autopercepción.

La de salud física se mide a través del SF-12 midió las creencias que tiene la persona acerca de su salud y su funcionamiento en las actividades físicas. Consta 12 reactivos, contiene dos dimensiones una que mide la dimensión física y la segunda la dimensión mental. Para este estudio se tomó la dimensión física que consta de cinco reactivos. Los reactivos 1 y 2 miden la función física, las puntuaciones son con 3 puntos donde 1 significa si me limita mucho a 3 no me limita; los reactivos 3 y 4 miden el rol físico, las respuestas son de tipo dicotómica 1 = si y 2 = no, el reactivo 5 mide el dolor corporal, las puntuaciones de la respuesta es de 1 a 5 puntos que va desde 1 = nada y 5 = demasiado. Para calcular las puntuaciones primero se puntúan inversamente los valores de los reactivos negativos a fin de que guarden el mismo sentido que el resto de reactivos.

### **3.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

El análisis se basa en la información obtenida a través de la entrevista a los adultos mayores, y posteriormente se analizó el o los factores desencadenantes, estableciendo en común el más importante.

Se hizo una revisión crítica de la información recogida, es decir una limpieza de la información errónea: contradictoria, incompleta o no pertinente.

Se realizó una repetición de recolección, para corregir fallas de contestación.

Con el programa IBM SPSS Statistics 20 se procedió a realizar la tabulación de resultados, lo que significa que con la información de la muestra resumida se realizó la asociación de determinados números a cada modalidad, lo que representó el número de veces que ha aparecido su proporción con respecto a otros valores de la variable, obteniéndose así las frecuencias respectivas.

En el caso de la escala de Likert, se realizó además la puntuación de cada test para cada uno de los estudiantes, se calculó luego la media del total de la puntuación obtenida, y

de esta manera se dividió a los resultados de ésta puntuación en tres grupos tanto para actitudes y auto percepciones: Desfavorable, Favorable y Muy Favorable, y para el estado de salud en: Adecuado, Regular e Inadecuado.

Se obtuvieron los siguientes rangos mediante la escala de Estaninos, que permitieron clasificar las estrategias en tres niveles de uso: desfavorable, favorable y muy favorable para actitudes y auto percepciones; y mucho regular y nada para estado de salud, según el puntaje obtenido en cada grupo.

**Fórmula de Estaninos:**

- Su fórmula es:

$$X + 0.75 (DE)$$

Donde, X = media

(DE) = desviación estándar

$$a = \text{media} - 0.75 (DE)$$

$$b = \text{media} + 0.75 (DE)$$

Donde a y b son puntos de corte para clasificar en tres categorías para la distribución de los puntajes

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, junto con la elaboración de gráficos y tablas, para una mejor interpretación.

Y finalmente se evaluaron ciertas variables, para determinar la existencia o no de independencia. Se aplicó el estadígrafo Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Spermán y todos los valores de  $p < 0.05$  fueron considerados como significativos.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Características demográficas de la población

##### 4.1.1 Sexo

Tabla 1. Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	18	24
Femenino	57	76
TOTAL	75	100

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

4.1.2 La población estudiada tiene un 76% de adultos mayores de sexo femenino, mientras que el 24% representan al sexo masculino. Existe una gran diferencia de porcentajes (52%) entre los adultos de sexo femenino y masculino, predominando el primer grupo de adultos mayores. Esto debido a la esperanza de vida en Ecuador según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) que en 2012 la subió hasta llegar a 76.19 años. Ese año la esperanza de vida de las mujeres fue de 79.15 años, mayor que la de los hombres que fue de 73.38 años. (INEC, 2013) Edad

Tabla 2. Edad

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
-------------	------------	------------

<b>65 a 69</b>	20	26.6
<b>70 a 79</b>	36	48.0
<b>80 a 89</b>	16	21.3
<b>90 a 100</b>	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos**

Las personas que formaron parte de la investigación contaban con edades entre 65 a 69 años hasta edades entre 90 a 100 años de edad, siendo el grupo de adultos mayores de 70 a 79 años el mayor, con un porcentaje del 48%, y seguido del grupo de 65 a 69 años de edad que correspondió al 26,6%.

Se establece que el grupo encuestado se encuentra en la etapa de adultos mayores y que además cumple con los criterios de inclusión de la investigación.

#### 4.1.3 Nivel de educación

**Tabla 3. Nivel de educación**

<b>Nivel de educación</b>	<b>Hombres (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Primaria</b>	16 (21,4)	52 (69.3)	68 (90.7)
<b>Ninguna</b>	2 (2,6)	5 (6,7)	7 (9.3)
<b>TOTAL</b>	<b>18 (24)</b>	<b>57 (76)</b>	<b>75 (100)</b>

**Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos**

En la recolección de la información, el 90.7% de los adultos mayores habían terminado la primaria, siendo las mujeres quienes presentan mayor escolaridad que los hombres, mientras que el 9.3% no tenían ningún tipo de instrucción educativa. Por lo tanto el nivel educativo de predominante en los evaluados correspondía a la educación primaria.



Es importante conocer el nivel de instrucción educativa puesto que muchas de las percepciones de los adultos mayores ante su envejecimiento son diferentes teniendo en cuenta que el grado de cultura influye en su forma de ver ciertas circunstancias de la vida.

#### 4.1.4 Religión

**Tabla 4. Religión**

<b>Religión</b>	<b>Hombres (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Católico</b>	16 (21.3)	48 (64.0)	64 (85.3)
<b>Cristiano</b>	0 (0.0)	6 (8.0)	6 (8.0)
<b>Evangélico</b>	2 (2.7)	3 (4.0)	5 (6.7)
<b>TOTAL</b>	<b>18 (24)</b>	<b>57 (76)</b>	<b>75 (100)</b>

**Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos**

Con respecto a las características sociales de los adultos mayores, la tabla anterior nos muestra que el 85.5% practica la religión católica, el 8% corresponde a la religión cristiana y el 6,7% practican religión evangélica. Tales porcentajes reflejan, aunque no en su totalidad, la división de creencias que hay en el Ecuador. En tal caso, al estar la concepción religiosa estrechamente relacionada con la percepción de la vida y de las cosas, es fácil suponer que este factor ejercerá una significativa influencia.

#### 4.2.1 Estado civil

**Tabla 5. Estado civil**

<b>Estado civil</b>	<b>Hombres (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Soltero</b>	4 (5.4)	8 (10.6)	12 (16.0)
<b>Casado</b>	3(4.0)	25 (33.3)	28 (37.3)
<b>Viudo</b>	5 (6.6)	15 (20.0)	20 (26.6)
<b>Divorciado</b>	6 (8.0)	9 (12.0)	15 (20.0)

<b>TOTAL</b>	<b>18 (24)</b>	<b>57 (76)</b>	<b>75 (100)</b>
--------------	----------------	----------------	-----------------

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

En la tabla se aprecia que el mayor porcentaje de adultos mayores se encuentra entre los que aún están en matrimonio siendo este el 37,3%, seguido por el 26,6% que corresponde a los adultos mayores que han enviudado. El 20% de adultos mayores se han divorciado y el 12% aun han mantenido la soltería.

**La conservación de la unión conyugal es el porcentaje que más destaca en la tabla anterior, esto refleja que, para los adultos mayores en estudio la unión matrimonial en un pilar fundamental para sobrellevar el envejecimiento.**

#### ACTITUDES

##### 4.2.2 Perdas psicosociales

Tabla 6. **Perdas psicosociales**

<b>RESPUESTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	4,7	6,2
<b>Desacuerdo</b>	4,3	5,7
<b>Indiferente</b>	5,1	6,8
<b>De acuerdo</b>	29,2	38,9
<b>Totalmente de acuerdo</b>	31,8	42,4
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

Las pérdidas psicosociales sin reacciones específicas, como pérdidas de la autoestima, identidad, esperanza, sentido de vulnerabilidad, confianza y seguridad en el mundo, de la verdad en los otros.

Tomando en cuenta que los resultados de acuerdo a la valoración de la escala de Likert para esta parte fueron invertidos, el 82% de los adultos mayores están de acuerdo con que la etapa de envejecimiento conlleva malestar, incomodidad y múltiples necesidades por satisfacer, y que sobre todo llegar a la vejez significa quedarse solo, excluido de cualquier ámbito social y prácticamente sin ningún tipo de comunicación emocional o sentimental con su familia y amigos, un 7% muestra cierta indiferencia ante esta situación, y apenas un 12% piensa que el envejeciendo en una etapa de la vida no necesariamente para estar aislado del mundo social sino para ser parte importante del que movió al mundo a su tiempo

Esto se debe a que generalmente muchos adultos mayores están acostumbrados a ver esta exclusión dentro de sus mismas familias y entienden por envejecimiento una etapa de soledad y abandono y no ha habido la voluntad para cambiar eso desde los núcleos familiares, mucho menos por parte de la sociedad.

#### 4.2.3 Cambios físicos

Tabla 7. Cambios físicos

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
<b>Totalmente en desacuerdo</b>		
<b>Desacuerdo</b>	7,6	10,3
<b>Indiferente</b>	8,7	11,6
	2,5	3,3
<b>De acuerdo</b>	26	34,6
<b>Totalmente de acuerdo</b>	30,1	40,1
<b>TOTAL</b>	75	100

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

Los cambios físicos en la etapa de envejecimiento, es decir todas las transformaciones fisiológicas y fisiopatológicas de la etapa de la vejez, no ha sido menospreciado por los

adultos mayores encuestados, ya que como se observa, un 75% están de acuerdo con que las actividades físicas no deberían estar excluidas en la vejez, a pesar de sus limitaciones de salud y motricidad. Un 3% de los participantes no dieron mayor importancia a esta cuestión, sin embargo manifiestan que realizan actividades laborales sin problema y que eso les mantiene activos la mayor parte del día.

**Por el contrario el 22% de los adultos mayores no están de acuerdo con que las actividades deban ser parte de su vida diaria, ya sea por sentirse viejos, sin energía o sin fuerzas.**

#### 4.2.4 Crecimiento psicológico

Tabla 8. Crecimiento psicológico

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>6,3</b>	<b>8,4</b>
<b>Desacuerdo</b>	<b>7,2</b>	<b>9,6</b>
<b>Indiferente</b>	<b>3,7</b>	<b>4,9</b>
<b>De acuerdo</b>	<b>28,2</b>	<b>37,6</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>29,1</b>	<b>38,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

**El crecimiento psicológico se refiere a la capacidad de experimentar y tomar conciencia de sus desórdenes acompañado de la facultad de modificar el concepto propio de tal suerte que concuerde con la realidad.**

Como se puede apreciar el 77% de los adultos mayores encuestados expresan estar de acuerdo con que la etapa de envejecimiento es un momento de la vida para aceptar ser viejo y que es un privilegio llegar a la vejez con todos los beneficios morales que eso conlleva para la sociedad, el 5% lo toma con cierta frialdad el hecho de ser un ente importante para la sociedad, ya que dejan un legado de experiencias y sabiduría a las nuevas generaciones.

Por último el 18%, no están de acuerdo con esto, piensan que su vida no ha sido marcada con cosas para la sociedad ni siquiera para su familia, que den relevancia a su vida actual ni pasada y toman sus experiencias y vivencias como una anécdota que se llevarán consigo siempre.

## **AUTOPERCEPCIONES**

### **4.2.5 Línea de tiempo crónica**

**Tabla 9. Línea de tiempo crónica**

<b>RESPUESTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>Desacuerdo</b>	<b>8</b>	<b>10,6</b>
<b>Indiferente</b>	<b>4,2</b>	<b>5,6</b>
<b>De acuerdo</b>	<b>27,5</b>	<b>36,6</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>30,7</b>	<b>40,9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

La línea de tiempo crónica se refiere a las cuestiones relacionadas con la toma de conciencia del individuo y el envejecimiento en sus experiencias a través del tiempo.

Se observa que el 76% de adultos mayores están de acuerdo que estar conscientes de su edad y que el envejecimiento, así como todas las etapas de la vida, está en constante

cambio y que la edad se verá reflejada en todo lo que hacen, lo aceptan y lo perciben positivamente, en cambio un 18% manifiesta no estar de acuerdo con esta sentencia rechazando toda aceptación de su estado actual, quisieran no haber dejado pasar su juventud en banalidades y su percepción de la actualidad es muy pobre y negativa.

A penas el 6% de los adultos mayores respondieron que estar viejo es una etapa más de la vida sin mayor diferencia de las anteriores ya vividas por ellos, tomándolo como algo pasajero y sin importancia.

#### 4.2.6 Línea cíclica de tiempo

Tabla 10. Línea cíclica de tiempo

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	8	10,6
Desacuerdo	9	12
Indiferente	2,8	3,8
De acuerdo	26	34,7
Totalmente de acuerdo	29,2	38,9
TOTAL	75	100

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

La línea de tiempo cíclica se refiere a las cuestiones relacionadas con la toma de conciencia del individuo y el envejecimiento en sus experiencias y los cambios que han producido a través de tiempo y que perspectivas tiene ante esos cambios en su vida.

En el envejecimiento así como otras etapas de la vida, se sufre cambios donde unos tienen mayor relevancia que otros, al mismo tiempo el tener conciencia de estos cambios ayuda a sobre llevar el envejecimiento, en relación a esto se observa que el 74% de los adultos mayores están de acuerdo con el hecho de que el envejecimiento provoca en cada uno de ellos cambios conforme pasan los días, los aceptan y los enfrentan

positivamente, por el contrario el 22% no están del todo de acuerdo con lo antes mencionado y piensan que el envejecimiento es la última etapa de la vida.

Por otro lado esto no parece ser notable para el 4% restante, quienes no muestran ningún interés por lo que pueda transcurrir, positiva o negativamente en su etapa de envejecimiento.

Para algunos adultos mayores las etapas por las cuales la vejez deba transcurrir en sus vidas como algo pasajero o sin importancia se debe a sus costumbres netamente, ya que muchos de ellos manifiestan que cuando gozaban de su juventud veían a los adultos mayores de su familia como personas sin otro objetivo que pasar el tiempo sin hacer nada, esto ha provocado que la percepción sobre la vejez sea errónea y termine afectando más sus emociones.

#### 4.2.7

### Consecuencias positivas

Tabla 11. Consecuencias positivas

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	5	6,6
Desacuerdo	5	6,6
Indiferente	4	5,3
De acuerdo	30	40
Totalmente de acuerdo	33	40
TOTAL	75	100

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

Las consecuencias positivas se relacionan con el bienestar subjetivo que provoca el impacto del envejecimiento sobre la propia vida en el individuo.

En el 81% está de acuerdo con que la sabiduría viene con los años, que a medida que una persona va envejeciendo debería ser mejor y apreciar de mejor forma también las cosas. Al contrario del grupo anterior, el 14% está en desacuerdo con estos hechos, tomando como razones que mientras más los acoge la vejez las cosas empeoran y todo lo que ellos han aprendido de la vida no le servirá a nadie. A su vez el 5% no tiene opinión sobre lo expuesto anteriormente, perciben los cambios mientras viven su vejez como algo intrascendente y sin esperanza. Muchos de los adultos mayores con esta percepción indiferente hacia el cuestionario, viven solo o al menos con algún familiar.

Posiblemente los adultos mayores perciben las consecuencias de su envejecimiento como algo carente de relevancia, un adulto mayor por sí solo no puede manifestarse demostrando sus valores, experiencias y vivencias si no hay nadie a su lado quien los valore; la expresión de cada momento de la vida de un adulto mayor necesita ser escuchada para que haya valido la pena cada instante que vivió. Para esto la familia y la sociedad juegan un papel netamente importante de interacción y colaboración.

#### 4.2.8 Consecuencias negativas

Tabla12. Consecuencias negativas

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	8	10,6
Desacuerdo	7,4	9,8
Indiferente	3,4	4,5
De acuerdo	26,8	35,7
Totalmente de acuerdo	29,4	39,2
TOTAL	75	100

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

Las consecuencias positivas se relacionan con el menor bienestar subjetivo que provoca el impacto del envejecimiento sobre la propia vida en el individuo.



El paso de los años conllevan múltiples limitaciones, tanto por deterioro físico o por alguna patología pero no por la voluntad, se aprecia un 75% de adultos mayores que están de acuerdo que al envejecer pueden realizar menos actividades, que las mismas actividades se tornan más difíciles por el deterioro fisiológico del organismo, pero al mismo tiempo este grupo manifiesta que eso no es un impedimento para seguir activo y cumplir con sus labores cotidianas. Fuera de esto el 21% que está en desacuerdo se excluye de estas percepciones, manifestando un razonamiento poco real, donde el deterioro fisiológico como parte normal del envejecimiento lo perciben como un evento patológico inminente y sin solución.

Por último el 4% de los adultos mayores no establecen una diferencia entre si es malo o bueno, solo dejan pasar la edad y las circunstancias de su envejecimiento.

4.2.7 4.2.9

Control positivo

Tabla 13. Control positivo

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	5	6,6
Desacuerdo	4,4	5,8
Indiferente	4,4	5,8
De acuerdo	30	40
Totalmente de acuerdo	31	41,3
TOTAL	75	100

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

**El control positivo se refiere a la forma como manejan sus experiencias para el desenvolvimiento positivo de sus actividades durante el envejecimiento.**

**El 81% de adultos mayores están de acuerdo en que todas las decisiones sobre cómo llevan su proceso de envejecimiento dependen de sí mismos, vivir al máximo y plantearse soluciones sobre su calidad de vida dependen de ellos mismos, ya que a medida que envejecen pueden encontrar respuestas para resolver problemas donde pueden valerse independientemente. Además manifiestan también estar de acuerdo que la calidad de relaciones con otras personas depende del comportamiento individual y no necesariamente de circunstancias colectivas.**

**Por otra parte el 13% de los adultos mayores de esta investigación, exteriorizan su desacuerdo total a estas circunstancias, expresando que su calidad de vida depende de las cosas que la sociedad y la familia hagan por ellos en su totalidad, absteniéndose de mostrar su voluntad propia para que este fin sea conseguido.**

**El 6% de la población de adultos mayores en estudio no relaciona su calidad de vida, ni con sus propias decisiones ni con la de los demás.**

**A medida que la edad avanza es notable que las decisiones sobre cómo llevar su vida y su envejecimiento satisfactorio dependen de la voluntad y por consecuencia del apoyo de la familia y la sociedad, aspectos importantes lamentablemente ignorados por cierto grupo de adultos mayores, desconocimiento que provoca percepción negativa de su envejecimiento.**

#### **4.2.10 Control negativo**

**Tabla 14. Control negativo**

<b>RESPUESTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
------------------	-------------------	-------------------

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>7,2</b>	<b>9,7</b>
<b>Desacuerdo</b>	<b>7,5</b>	<b>10</b>
<b>Indiferente</b>	<b>3,7</b>	<b>4,9</b>
<b>De acuerdo</b>	<b>26,7</b>	<b>35,7</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>29,7</b>	<b>39,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

El control negativo se refiere a las formas inadecuadas de entender y apreciar sus experiencias para el desenvolvimiento de sus actividades durante el envejecimiento.

El proceso fisiológico de envejecimiento no puede detenerse a voluntad, por esta razón el 76% de los adultos mayores están en desacuerdo que esto deba ser un problema ya que la fuerza no quita la voluntad, manifiestan que las limitaciones de la edad son solo eso pequeños obstáculos y que hay que seguir mientras haya fuerza en el espíritu. El lado opuesto de estas opiniones las tiene el 19% de adultos mayores quienes dicen que han perdido el entusiasmo al mismo tiempo que la energía para realizar las actividades que antes no les constaba trabajo realizarlas.

En última instancia están los adultos mayores que ven con indiferencia esta temática y corresponden al 5% de individuos investigados.

Nos damos cuenta que le senilidad es causante de múltiples limitaciones en especial físicas pero la percepción de esta en los adultos mayores varia de forma importante dependiendo la calidad de vida que han tenido en su vida pasada. Ya que si en el pasado fueron muy activos y sin aparentes problemas de salud hoy les aqueja, más alguna enfermedad, su estado fisiológico en la vejez estableciendo por supuesto una inadecuada relación entre sus enfermedades y su estado normal de envejecimiento.

4.2.8 4.2.11

## Representaciones emocionales

Tabla 15. Representaciones emocionales

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	7,2	9,6
Desacuerdo	8	10,6
Indiferente	4,2	5,6
De acuerdo	27	36
Totalmente de acuerdo	29,4	39,2
TOTAL	75	100

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

El 75% de adultos mayores están de acuerdo al momento de expresar que ciertas manifestaciones emocionales de inconformidad durante su envejecimiento son absolutamente normales, mismas a las que deben adaptarse así como todos los cambios en las etapas de la vida. Las cosas que se afectan ahora y los efectos del envejecimiento en esta etapa de la vida pueden causar ansiedad, un sentimiento de soledad e incluso estados depresivos y cambios de comportamiento tornándose agresivos o a la defensiva; cuestiones evidentes en los adultos mayores que representan el 19% de los individuos investigados, quienes refieren que toda situación que afecte sus estado físico o emocional es causante de preocupación y deterioro de su estado de ánimo, poniendo en juego su salud mental y física por la forma de percibir su envejecimiento.

Por último el 6% no encierran mayor relevancia en la relación entre su estado de ánimo y su proceso de envejecimiento, poniendo como razón que si a nadie le importa no debería importarles a ellos mismo tampoco. Esto último muestra un aspecto poco favorable de la percepción del envejecimiento pero el lado positivo es que solo lo manifiesta un pequeño porcentaje de los adultos mayores puestos a investigación.

### 4.3 ESTADO DE SALUD

#### 4.3.10 Función física

Tabla 16. ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿cuánto?

RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	20	26,6
Sí, me limita un poco	35,5	47,3
No, no me limita nada	19,5	26
TOTAL	75	100

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

Casi la mitad de adultos mayores, es decir un 47% responden a este tópico como una limitación de regular medida ante sus actividades y que tanto les limita realizarlas, entre estas actividades están las actividades básicas y necesarias de la vida diaria. Casi con el mismo contexto un 27% manifiesta que la limitación es aun más importante al realizar dichas actividades mencionadas anteriormente, en esta parte fue muy difícil tratar de establecer una diferenciación entre las limitaciones que provoca el proceso fisiológico del envejecimiento y las provocadas por una enfermedad crónica o aguda, debido a que los adultos mayores relacionan su enfermedad estrechamente con la vejez y no con el deterioro de su propio organismo.

Paralelo a esto un 26% de los adultos mayores refieren que no hay dicha limitación en sus actividades a pesar de padecer alguna enfermedad o simplemente por los efectos naturales del envejecimiento, poniendo un punto a favor en las percepciones sobre su salud en esta etapa de la vida en sus semejantes.

Esta última observación pone en evidencia que no todos los adultos mayores ponen en duda sus propias capacidades para mantener una calidad de vida favorable, esta forma de percepción de la salud pone en claro que mantener un equilibrio entre la parte tangible e intangible del cuerpo humano no está lejos de ser entendida por los adultos mayores

#### 4.3.11 Rol físico

**Tabla 17. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

<b>RESPUESTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	<b>46,5</b>	<b>62</b>
<b>No</b>	<b>28,5</b>	<b>38</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos

La pregunta: ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?, demostró que el 62% de adultos mayores investigados si presentan problemas en su ocupación laboral o en su profesión a causa de su estado de salud, dichos problemas se refieren en gran medida a disminuir las actividades diarias poco a poco y dejar de hacer otra que su estado de salud ya no le permite.

Con un porcentaje casi menor a la mitad que el primero, un 38%, manifiesta que su estado de salud no ha sido impedimento para continuar realizando sus actividades diarias mucho menos han dejado de hacer algunas de ellas para compensar su deterioro en el estado de salud.

De esta forma podemos observar que la mayoría de adultos mayores ven afectadas sus labores cotidianas por su percepción de estado de salud, la misma que varía en cada individuo dependiendo de la forma como perciben su estado ante su condición real de salud.

- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

### 10.2.10 Dolor corporal

**Tabla 18. ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

<b>RESPUESTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	<b>25</b>	<b>33,3</b>
<b>Un poco</b>	<b>14</b>	<b>18,6</b>
<b>Regular</b>	<b>9</b>	<b>12</b>
<b>Bastante</b>	<b>15</b>	<b>20</b>
<b>Mucho</b>	<b>12</b>	<b>16</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Elaborado por: Jairo Cabezas - Fuente: Base de datos**

En esta pregunta los resultados nos muestran a un 39% de adultos mayores que indican que las dolencias producidas por algún padecimiento actual, en gran medida no les permiten desenvolverse en su cotidiano quehacer, un 12% siente que sus padecimientos de dolor los limitan en regular medida y por último el 49% de los adultos mayores manifiestan que sus dolencias no son un problema para enfrentar su diario vivir, ya sea por que mantienen un tratamiento adecuado o sus condiciones de salud están en constante control médico, de esta manera mantiene un equilibrio entre su salud física y mental descartando como un problema las dolencias que su estado de salud puedan proporcionarles.

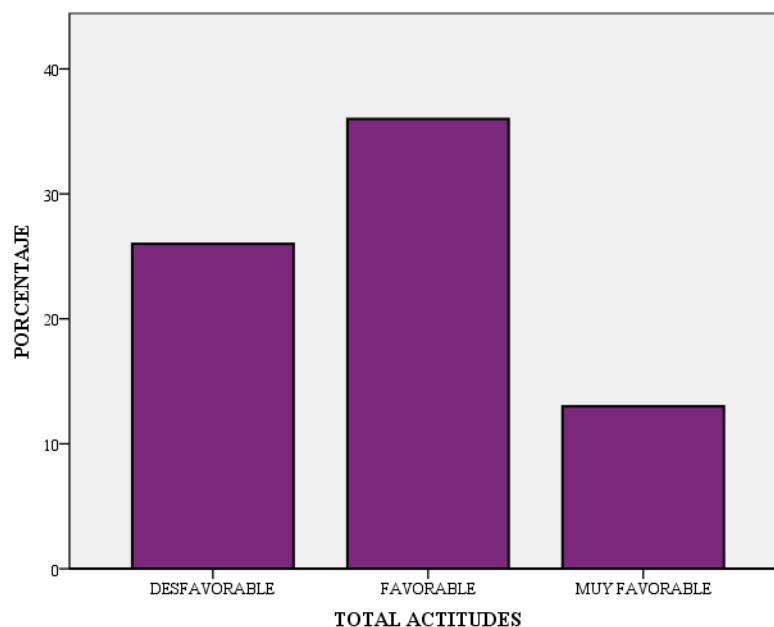
### 10.3 Resultado de la medición de las Actitudes (Escala de Likert)

**Tabla 19. Resultado de la medición de las Actitudes (Escala de Likert)**

<b>REPUESTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Desfavorable</b>	<b>26</b>	<b>34,7</b>
<b>Favorable</b>	<b>36</b>	<b>48,0</b>
<b>Muy favorable</b>	<b>13</b>	<b>17,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Fuente: Base de datos - Elaborado por: Jairo Cabezas**

**GRAFICO 19. Resultado de la medición de las Actitudes (Escala de Likert)**



**Fuente: Base de datos - Elaborado por: Jairo Cabezas**

El 48% de la población en estudio ha mostrado una actitud favorable frente al envejecimiento, basando en diversas temáticas expuestas por los mismos adultos mayores, tales como, los cambios psicológicos que sufren mientras el proceso de envejecimiento pasa sobre ellos, su actitud ante los cambios físicos inevitables en esta etapa y el crecimiento psicológico que solo lo obtiene la experiencia de la edad. Estos resultados muestran que la actitud favorable no está lejos de ser una virtud en los adultos mayores de esta investigación. Por otra parte, el 34,7% de los adultos mayores presenta actitudes negativas.

Con los resultados de esta investigación se ve que existen actitudes divididas entre los adultos mayores de esta investigación, pero se evidencia una clara tendencia hacia las actitudes favorables con respecto al tema de su envejecimiento, lo que marca una pauta importante en la comprensión del comportamiento del adulto mayor y como está actuando ante su vejez y el proceso de envejecimiento que es lo que hace y que es lo que piensa. Pues según varias teorías sobre la formación de las actitudes, se establece que éstas se desarrollan a partir de conocimientos previos, o la fusión entre los conocimientos previos y nuevos que recibe una persona.



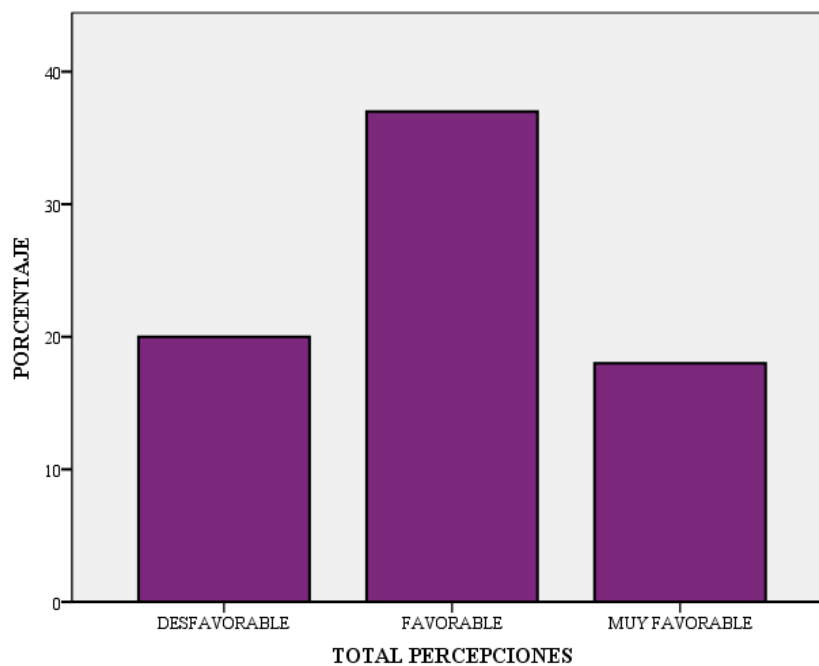
#### 10.4 Resultado de la medición de las Percepciones (Escala de Likert)

Tabla 20. Resultado de la medición de las Percepciones (Escala de Likert)

REPUESTAS	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	20	26,7
Favorable	37	49,3
Muy favorable	18	24,0
TOTAL	75	100

Fuente: Base de datos - Elaborado por: Jairo Cabezas

GRAFICO 20. Resultado de la medición de las Percepciones (Escala de Likert)



**Fuente: Base de datos - Elaborado por: Jairo Cabezas**

El 49.3% de la población en estudio ha mostrado una favorable percepción frente al envejecimiento, tomando como pautas de razonamiento en esta temática como a través del tiempo las experiencias van marcando la línea de vida de los adultos mayores así como las experiencias actuales y el control sobre si mismos ante los cambios inevitables del envejecimiento, esto acarrea ciertas consecuencias tanto positivas o negativas las mismas que han sido corroboradas por los adultos mayores de esta investigación con su positiva percepción a estas cuestiones, por ultimo todo se ve reflejado en las representaciones emocionales ante los resultados de los anteriores puntos. De la misma forma los adultos mayores que han mostrado aun una percepción muy favorable destacan en estas sentencias mostrándose con un 26,7% en los resultados. En contrapunto un 24% de los adultos mayores tienen un negativismo en su percepción ante el envejecimiento.

Los resultados de esta parte de la investigación podemos ver que existen percepciones divididas entre los adultos mayores, pero se evidencia una clara tendencia hacia las percepciones favorables con respecto al tema de su envejecimiento, lo que marca una pauta importante en la comprensión del comportamiento del adulto mayor y como está actuando ante su vejez y el proceso de envejecimiento que es lo que hace y que es lo que piensa.

11

## **11.2 Verificación de la hipótesis**

- **Formulación de la hipótesis:**

Para la validación de la hipótesis se plantea la siguiente hipótesis nula:

H0: la autopercepción y la actitud hacia el envejecimiento *no* influye en el estado de salud de los adultos mayores que acuden al subcentro de salud de la parroquia Cunchibamba de la ciudad de Ambato.

- **Elección de la prueba estadística**

El método estadístico para comprobar las hipótesis fue Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) por ser una prueba que permitió medir la relación entre las dos variables de las hipótesis, y la relación o no de dependencia entre las mismas.

- **Nivel de significancia:**

0.05

- **Tabla de contingencia – Variable Actitudes**

**Tabla 21. Tabla de contingencia Estado de salud - Actitudes**

<b>TOTAL ESTADO DE SALUD * TOTAL ACTITUDES</b>					
		<b>TOTAL ACTITUDES</b>			<b>TOTAL</b>
		<b>Desfavorable</b>	<b>Favorable</b>	<b>Muy favorable</b>	
<b>TOTAL ESTADO DE SALUD</b>	Desfavorable	10	14	5	29
	Favorable	14	20	5	39
	Muy favorable	2	2	3	7
<b>TOTAL</b>		26	36	13	75

**Fuente: Base de datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20  
Elaborado por: Jairo Cabezas**

**Tabla 22. Prueba de Chi-cuadrado**

<b>Pruebas de Chi-cuadrado</b>			
	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	3,820 <sup>a</sup>	4	,431

A. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,21.

**Fuente: Base de datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20  
Elaborado por: Jairo Cabezas**

- **Decisión:**

Dado que;  $[X^2 (4, N=75) = 3,820, p > 0,05]$ ; con un valor de  $p = 0,431$ , que es mayor al nivel de significancia que es de 0,05. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula (H0) y se rechaza hipótesis alternativa (H1)

Estableciéndose así, que la “actitud ante el envejecimiento” no influye en el estado de salud de los adultos mayores que acuden al subcentro de la salud de Cunchibamba.

Probablemente esto se deba a que las actitudes parten de la voluntad de cada individuo, de permanecer en un núcleo familiar, de escuchar y ser escuchado, esto define la actitud positiva que cada adulto mayor muestre ante su envejecimiento.

- Tabla de contingencia – Variable Actitudes

**Tabla 23. Tabla de contingencia Estado de salud – Percepciones**

<b>TOTAL ESTADO DE SALUD * TOTAL PECEPCIONES</b>					
		<b>TOTAL PERCEPCIONES</b>			<b>TOTAL</b>
		Desfavorable	Favorable	Muy favorable	
<b>TOTAL ESTADO DE SALUD</b>	Desfavorable	5	18	6	29
	Favorable	12	16	11	39

Muy favorable	3	3	1	7
<b>TOTAL</b>	20	37	18	75

Fuente: Base de datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20  
Elaborado por: Jairo Cabezas

Tabla 24. Prueba de Chi-cuadrado

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	4,154 <sup>a</sup>	4	,386

B. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,68.

Fuente: Base de datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20  
Elaborado por: Jairo Cabezas

- **Decisión:**

Dado que;  $[X^2(4, N=75) = 4,154, p > 0,05]$ ; con una  $p = 0,386$ , que es mayor al nivel de significancia que es de 0,05. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ).

Estableciéndose así, que la “autopercepción ante el envejecimiento” no influye en el estado de salud de los adultos mayores que acuden al subcentro de la salud de Cunchibamba.

Es muy probable que esto se deba, a que las percepciones parten de las motivaciones, los intereses personales y las interacciones que se tiene con otras personas. Y los cambios de éstas, se dan a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus necesidades.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

- La autopercepción y actitudes de los adultos mayores ante su envejecimiento no influye en su estado de salud pero si en su voluntad.
- Tomar decisiones sobre cómo llevar su vida en la etapa del envejecimiento depende principalmente de los adultos mayores y como consecuencias de las personas que les rodean.
- Los adultos mayores presentan una actitud positiva para hablar de temas que conciernen con su salud, sus actividades, sus pasatiempos, sus emociones y sobre todo sus experiencias como puerta de entrada a la vida para nuevas generaciones.
- Los adultos mayores consideran que la sabiduría que les ha dado los años es la mejor forma de mantener el buen ejemplo y un legado de buenas costumbres en los jóvenes y adultos de la actualidad, para apreciar más las cosas en todo ámbito de la vida que los convertirá en mejores personas.
- Los ancianos conocen la diferencia entre las limitaciones que aparecen con los años y las que aparecen con la enfermedad, ya que no hace falta estar viejo para estar enfermo ni joven para tener una enfermedad.
- Los adultos mayores sienten las recompensas de su envejecimiento al haber llegado a esta etapa de sus vidas y darse cuenta de eso depende de sí mismos aunque no puedan tener el control sobre sus nuevas manifestaciones corporales y espirituales durante su vejez.

#### RECOMENDACIONES

- Discutir con los adultos mayores sobre los servicios que prestan los diferentes entidades públicas y privadas, no solo para facilitar su atención en salud o para crear tiempo de calidad en actividades lúdicas sino también para mejorar su calidad de vida y satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores al menos en lo concerniente a su salud
- Coordinar esfuerzos entre las instituciones de salud para mejor la atención del adulto mayor, organizando un equipo de trabajo que brinde una atención integral y multidisciplinaria de forma permanente para los adultos mayores, si bien cada uno tendrá una herramienta diferente pero las metas serán las mismas.
- Incluir a los adultos mayores en todas las actividades familiares y sociales a fin de brindar un espacio para expresar sus opiniones y creencias en temas que le conciernen a todo el mundo no solo a los adultos mayores. Ellos no son personas que necesitan unas horas, unos días o unas semanas de atención sino una continua forma de expresarse y comunicar sus inquietudes y porque no también brindar soluciones a problemas que aquejan a las familias y a la sociedad, con su experiencia de vida tendrán mejores soluciones a nuestros problemas más comunes y menos resueltos.
- Evaluar periódicamente la calidad de vida que están recibiendo los adultos mayores y el impacto que provocan en ellos los cambios que aparezcan durante el proceso por parte de las instituciones de salud.
- Fortalecer entre los adultos mayores la igualdad y la equidad, a través de grupos focales donde se exploten sus destrezas adquiridas durante toda su vida, con el fin de que sean personas de participación igualitaria.
- Crear estrategias innovadoras que incluyan la participación de la familia, para el abordaje de estos temas que conciernen a la etapa más sublime de sus familiares más antiguos de su núcleo familiar, de manera que se rompan las barreras existentes entre las familias en relación a estas temáticas.

## **CAPÍTULO VI**

## **PROPUESTA**

### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

**Título: diseño de un “CLUB INTEGRAL PERMANENTE DEL ADULTOMAYOR” para la valoración geriátrica integral**

**Localización:**

**Provincia: Tungurahua**

**Cantón: Ambato**

**Beneficiarios:**

**Adultos Mayores y personal de salud del subcentro de salud de la parroquia de Cunchibamba**

**Tiempo estimado de duración:**

**El proyecto será ejecutado tiempo después de un análisis y aprobación, motivo por el cual no se puede establecer un tiempo de comienzo y finalización ya que estará de manera permanente, en constantes modificaciones, para poder valorar el impacto de su creación organización y objetivos cumplidos.**

**Equipo técnico responsable**

**Ministerio de Salud Pública**

**Equipo médico y personal de salud del subcentro de salud de la parroquia Cunchibamba**

**Universidad Técnica de Ambato**

**Equipo especializados de apoyo: Geriatría, Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Nutrición, Terapia física y voluntariado.**



**Costo:**

**La propuesta después de sus estudios respectivos y reajustes correspondientes se determinará el costo según la infraestructura, convenios con empresas, material de apoyo científico sumado al personal administrativo y ejecutor del trabajo.**

## **6.2 ANTECEDENTE DE LA PROPUESTA**

**A nivel de la provincia de Tungurahua no existen Centros especializados para la valoración geriátrica integral, dentro del Hospital Provincial Docente Ambato, existe el Club de Diabéticos, el mismo que brinda apoyo psicosocial y educación Diabetológica, y cambios en el estilo de vida, además realizan actividades de terapia física con el fin de prevenir la presencia de complicaciones propias de esta patología.**

**6.3 A nivel de centro y subcentros de salud de la provincia de Tungurahua se han implementado los CLUBES DEL ADULTO MAYOR y específicamente en el subcentro de salud de la parroquia de Cunchibamba se ha creado este club donde se imparten charlas, actividades lúdicas y algunas actualizaciones sobre el estado general del club, ciertamente es una buena iniciativa pero el objetivo del club del adulto mayor no va más allá de las pocas actividades antes mencionadas quedando un gran cantidad de actividades no realizadas dentro del club.****JUSTIFICACIÓN**

**Desde esta perspectiva la creación del “CLUB INTEGRAL PERMANENTE DEL ADULTO MAYOR” está destinada para la Valoración Geriátrica Integral dirigida a los Adultos Mayores de forma permanente con el fin de mejorar sus funciones físicas, cognitivas, psicosociales producto del propio envejecimiento y así alcanzar un balance con entre sus múltiples necesidades, demandas, y expectativas que debe ser tomada en consideración para prevalecer esta problemática.**

**Cubrir la necesidad de un equipo de profesionales especializados en Geriátrica y que deseen colaborar en la atención comunitaria, la atención preventiva de salud, la inexistencia de una estrategia adecuada a las necesidades de los Adultos Mayores, y la atención social que necesitan, nos sirve de estímulo para trabajar simultáneamente para formar un sector de recursos, acciones y de servicios destinados a**

la atención integral, donde además se incluirá a todo el personal médico y psicólogo que ayude a estas personas a sobrellevar la atención primaria de la adulto mayor con responsabilidad y de manera positiva sus actividades diarias, mediante capacitaciones charlas reuniones mensuales que permita al Adulto Mayor mantenerse activos, incluidos y respetados promoviendo un envejecimiento satisfactorio.

## **6.4 OBJETIVOS**

### **6.4.1 Objetivos general**

- Implementar el “CLUB INTEGRAL Y PERMANENTE DEL ADULTO MAYOR” para la valoración geriátrica integral y multidisciplinaria dirigida a los Adultos Mayores.

### **6.4.2 Objetivos específicos**

- Disminuir el deterioro de funcional del adulto mayor.
- Brindar charlas, actividades permanentes y formas de llevar el tratamiento domiciliario de las patologías más comunes en los adultos mayores de la localidad.
- Satisfacer las necesidades físicas y dudas del adulto mayor acerca de su estado de salud.
- Restructurar los clubes ya existentes en las distintas casa de salud.

## **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La propuesta presentada es factible de aplicarse ya que no necesita de equipamiento médico costoso, sino de una estrategia creativa y del trabajo del equipo multidisciplinario.

Por lo que la propuesta es plenamente ejecutable.

## **6.6 FUNDAMENTACIÓN**

### **6.6.1 Valoración geriátrica integral**

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración. La valoración geriátrica integral (VGI) surge, además, como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física).

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida. Es considerada la piedra angular en el día a día de la práctica geriátrica y nuestra herramienta principal de trabajo, y como tal su finalidad es, entre otras, facilitar el abordaje al paciente anciano y, en concreto, al paciente geriátrico.

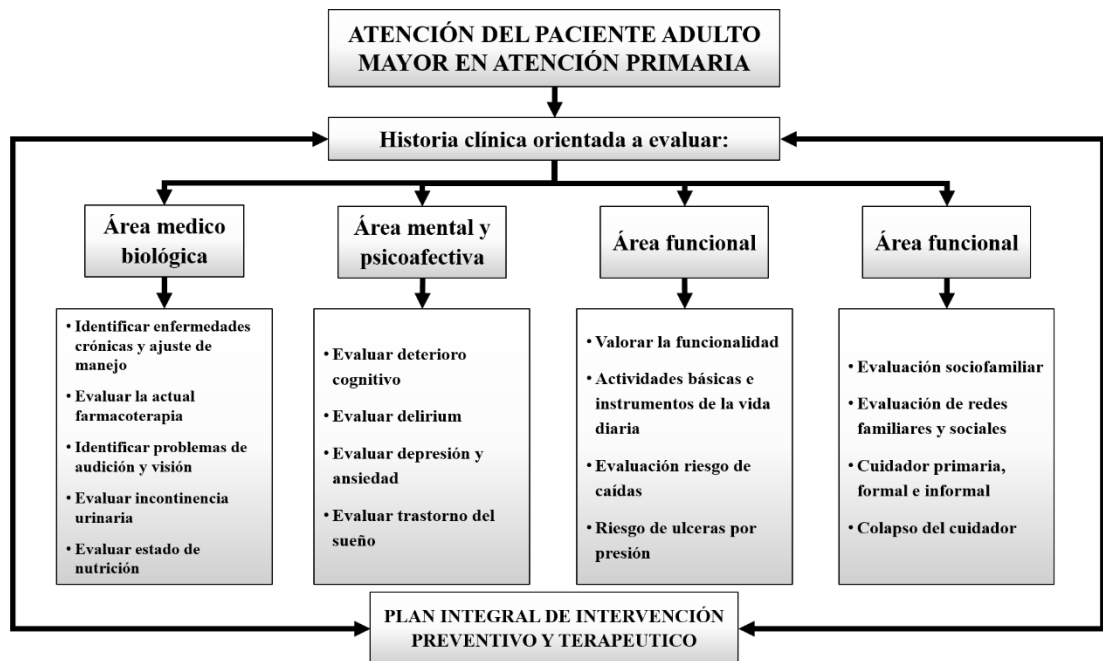
#### **OBJETIVOS DE LA VGI**

- **Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).**
- **Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.**
- **Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano**
- **Mejorar el estado funcional y cognitivo.**
- **Mejorar la calidad de vida.**

- **Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.**
- **Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.**
- **Disminuir la mortalidad.**

**Incluye cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional, que, como si de piezas de un puzle se trataran, configuran, una vez enlazadas, la imagen real del anciano. Así, constituiría un fracaso tratar de forma ambulatoria una infección urinaria en el anciano si no valoramos previamente que la situación mental, funcional y social permiten un buen cumplimiento terapéutico.**

**Grafico 21. Atención del paciente adulto mayor en atención primaria**



**Realizado por:** Jairo Cabezas

### **Equipo interdisciplinario**

En geriatría, un elemento fundamental de la atención a los adultos mayores es el equipo interdisciplinario. Éste puede involucrar a varios expertos en diferentes profesiones, habitualmente un geriatra, una enfermera especialista y una trabajadora social, así como un número variable de otros profesionales: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutrióloga, psicólogo, audiólogo, odontólogo, etc.

Las diferentes disciplinas comparten la responsabilidad de hacer una evaluación, discutir y desarrollar un plan terapéutico único para un paciente, lo que resulta muy útil en pacientes frágiles y complejos.

### **Eficiencia de la valoración geriátrica integral**

La evaluación geriátrica puede consumir bastante tiempo. Existen estrategias para hacer el proceso más eficiente: aplicar herramientas breves y utilizar instrumentos más completos cuando sea necesario.

La evaluación geriátrica puede ser completada por etapas en varias visitas al consultorio. Esta forma de evaluación permite al médico administrar mediciones de desarrollo funcional en una forma sistemática y con consideraciones de costo y eficiencia.

Como primer paso, se recomienda la evaluación funcional y nutricional; posteriormente puede realizarse una evaluación médica y usar instrumentos de tamizaje para identificar las causas contribuyentes a los problemas funcionales y/o nutricionales.

Si se detectan las causas, el paciente podría necesitar pruebas adicionales para evaluar causas médicas o neuropsiquiátricas del deterioro (incluyendo evaluación de órganos sensoriales, medicamentos, patrón de alimentación y consumo de líquidos), evaluación cognitiva y del ánimo, abuso de sustancias; y finalmente, si lo requiere, medidas de soporte.

### **Utilidad de la valoración geriátrica integral**

La Valoración Geriátrica Integral ha sido tema de varios ensayos aleatorizados controlados, clínicos controlados y revisiones sistemáticas. La capacidad de un adulto mayor para mantenerse independiente tiene una influencia enorme en la percepción de calidad de vida.

El envejecimiento se asocia con un deterioro gradual y pérdida funcional. Si el adulto mayor es frágil o no es capaz de permanecer en casa depende más de la disponibilidad del apoyo y el grado de limitación funcional que de las condiciones médicas actuales que pueda tener.

**6.6.2** Al evaluar el estado funcional, médico y social del paciente, se trata de identificar la necesidad de los cuidados con el objetivo de maximizar la capacidad del adulto mayor para permanecer tan independiente como sea posible. **Composición del Equipo.**

Está formado por el Médico General, Geriatra, Psiquiatra, y el Psicólogo Clínico. Además pueden participar otros profesionales como: Enfermera, Terapeuta Ocupacional, y el Fisioterapeuta, Nutricionista y Profesionales Laboratorio Clínico.

La composición del equipo debe adaptarse a las funciones que éste cumple y su estructura dependerá de sus objetivos específicos y de las posibilidades y características del centro y del nivel asistencial en el que trabajen.

El gestor de caso deberá ser el médico de cabecera y el líder del grupo para X caso será determinado por el equipo de VGI

Su funcionamiento exige de la participación y la responsabilidad compartida de sus miembros. El equipo focaliza su trabajo sobre áreas específicas relacionadas a la deficiencia funcional presentada tales como: las alteraciones sensoriales (visuales y auditivas), la capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria (índice de KATZ), los disturbios de movilidad y las caídas (Tinneti), la incontinencia urinaria, la deficiencia nutricional (MNA) y los disturbios cognitivos (Folstein, Pfeiffer) por lo que la evaluación geriátrica incorpora a la anamnesis y al examen físico clínico tradicional varios instrumentos y escalas padronizadas de la evaluación del estado físico, cognitivo, del afecto, del soporte nutricional, social, familiar, y comunitario.

- Con esta evaluación se obtiene entre otras las siguientes ventajas:
- Un incremento de la precisión diagnóstica.
- Mejorar, recuperar y mantener el estado funcional, el afecto y el estado cognitivo.
- Disminuir los síntomas psiquiátricos y psicológicos.
- Disminuir las hospitalizaciones e inclusive ingresos de repetición.
- Detectar a tiempo y corregir los actos de malos tratos

## 6.7 METODOLOGÍA – MODELO OPERATIVO

Tabla 25. Modelo Operativo - -propuesta

<b>FASE DE PLANIFICACIÓN</b>	<b>METAS</b>	<b>EVOLUCIÓN</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta Diseño del programa de la propuesta	Cumplimiento del 100%	Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes	100 dólares	Presentar resultados de la investigación Solicitud a las autoridades y empresas privadas
<b>FASE DE EJECUCIÓN</b>	<b>METAS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Convocatoria a especialistas en Geriatría, psiquiatría y psicólogo clínico Capacitación al personal responsable e inscripción de los interesados Diseño de fichas personales Diseño de medidas preventivas para los pacientes integrantes	Cumplimiento del 1100%	Selección de los especialistas Evaluación de bienestar mediante escalas a los pacientes Valoración psicológica a los cuidadores Control del personal responsable de manera mensual	300 dólares	Conferencias al Equipo Interdisciplinario y pacientes consus cuidadores Plan de medidas preventivas e informativas
<b>FASE DE EVALUACIÓN</b>	<b>METAS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Evaluar cumplimiento y límites de la propuesta Modificaciones y ajustes en el transcurso y distribución del manual	Cumplimiento del 100%	Revisando los resultados mensuales de cada paciente y sus cuidadores	200 dólares	Generar indicadores de cumplimiento Información recolectada de los pacientes y sus cuidadores

Realizado por: Jairo Cabezas



## 6.8 ADMINISTRACIÓN

La implementación del Club Integral Permanente del adulto mayor se realizará con la colaboración de las autoridades de cada institución participante y el personal administrativo, a fin de conseguir la apertura necesaria para la sociabilización y ejecución de la propuesta.

La presente propuesta tendrá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara para obtener el mejor provecho posible, quedando estructurada de la siguiente manera:

**Gráfico 22: Diseño Organizacional de la propuesta**



## 6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Se realizara una evaluación al final de las actividades planificadas en la propuesta, esta evaluación buscará medir el impacto que ha tenido dichos propósitos en los adultos mayores

Se identificaran, las fortalezas y debilidades del programa, a fin de realizar correcciones respectivas; y además si el impacto del programa es igual o mayor al 70% de lo planificado, se considerará que la propuesta es idónea a ser ejecutada en otras instituciones educativas, a fin de fortalecer en los adultos mayores dela parroquia el acceso a los clubes del adulto mayor en los establecimientos de salud para recibir información y ayuda necesaria.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **BIBLIOGRAFÍA**

Campos, S. (2002). *La Percepción*. Colombia: Cajamarca.

Huerta, J. M. (2008). *Actitudes Sociales, Actitudes Humanas*. Mexico D.F: IMSERSO.

Núñez, M. E. (2005). *Actitudes Humanas*. Veracruz: PHS

## **LINKOGRAFÍA**

1. Álvarez M, De Alaiz T, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Atención Primaria* 2012; actualización 10:750.
2. Álvarez P.; Pazmiño L.; Ministerios de Salud Pública, Dirección de Normatización del SNS; Normas y protocolos de Atención Integral de salud de las o los Adultos Mayores, sección IV, pág. 27, Quito - Ecuador, mayo 2010.
3. Bautista LE, Vera-cala IM, Villamil L, Silvia SM, Peña I, Luna LV. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Salud pública Mex. 2012 (44):399-405. Disponible en: <http://www.insp.Mx7salud/index.htm>.
4. Belleville 27, S.; Gilbert, B.; Fontaine, F.; Gagnon, L.; Ménard, E.; Gauthier, S. «Improvement of episodic memory in persons with Mild Cognitive Impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program». *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (2011), n. ° 22, p. 486-499
5. Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 2007; 40: 373-83.
6. Concepción S.; Estereotipos Negativos hacia la Vejez y su Relación con Variables Sociodemográficas, Psicosociales y Psicológicas; Capítulo I; pág. 9; Málaga; 2012.

7. Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿Que debemos Medir? –C.J.L.Mureray, E.E. Gakidou y J. Frenk. Boletín de la Organización Mundial de la Salud- Recopilación de Artículos N° 2, 2010.
8. Díaz B. Alexandra J, Hipertensión Arterial y su Relación con Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la Población Boca del Monte. Universidad de oriente Núcleo Bolívar, octubre 2010.
9. Echeverri A.; Familia y vejez: realidad y perspectivas en Colombia; Actitudes sociales, Económicas y Culturales ante el Envejecimiento, capítulo 6, pág. 67, 2008.
10. Estudio sobre la Protección Social de la Tercera Edad en Ecuador – CEPAL. Informe de las Naciones Unidas.
11. Gonzales J., VACAFUN, Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de León, enero 2013, Pag. 12
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo de la población y de vivienda. Resultados definitivos. Tomo III, VI. Provincia de Tungurahua, Ecuador; 2011.
13. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185: 914-9.Cruz AJ. El índice de Katz. RevEspGeriatrGerontol 2011, 26: 338-48.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 2010; 9:179-86.
15. Ley Especial del Anciano y su Reglamento General. Censo del INEC del 2001
16. Lugercho C., Relación entre Depresión e Hipertensión Arterial, Universidad Nacional de la Plata, La Plata 2007.
17. Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad deconvalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev EspGeriatrGerontol 2010; 35: 7-14.

18. Ministerio de Economía y Finanzas (2001). Planeamiento Estratégico en el Sector . Público. Directiva para la formulación de los planes estratégicos institucionales 2012
19. Morfi Samper Rosa. [Base de datos en línea]. La salud del adulto mayor en el siglo XXI; Rev Cubana Enfermer v.21 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2005. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08640319200500030001&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640319200500030001&lang=pt)
20. Nigro D, Vergottini JC, Campo I “Epidemiología de la Hipertensión Arterial en Córdoba “Revista Federación Argentina de Cardiología ,2009;28; 69-75.
21. Palma Gámiz JL, Alegría Ezquerro E, Lombera Romero F. Hipertensión y cardiopatía Hipertensiva; Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Cardiología. Madrid: MosbyDoyma Libros, 2006
22. Pavón M., La Percepción de Autoeficacia para Envejecer desde una Perspectiva de Género, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica 5(2) 74-80, Numero 2, volumen 5, noviembre 2013, Buenos Aires – Argentina.
23. Plan NacionalEstratégicoGerontológico 2007 – 2011
24. Pérez A, Percepción Social de la Vejez, Universidad de La Laguna, septiembre 2014, trabajo de fin de grado
25. Ramos Domínguez, Benito. [Base de datos en línea]. Control de calidad de la atención de salud: EducMedSuper v.20 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2006. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421412006000100008&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412006000100008&lang=pt)
26. Romero Zoila, Cuba Maria. [Base de datos en línea]. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú; RevMedHeredvol.24 no.3 Lima jul./set. 2013. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018130X2013000300005&lang=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2013000300005&lang=pt)

27. Santana Cabrera. [Base de datos en línea]. Atención de calidad en un servicio de medicina intensiva: Med. Intensiva v.34 n.9 Barcelona dic. 2010. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S02105691201000090009&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02105691201000090009&lang=pt)
28. Seclén Santisteban, Segundo. [Base de datos en línea]. Los programas de atención para el adulto mayor; RevMedHered v.13 n.1 Lima ene.; 2002. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018130X2002000100001&lang=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2002000100001&lang=pt)
29. Secretaria nacional de Planificación y Desarrollo, plan de desarrollo nacional, agosto 2010, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
30. Viveros A., Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe políticas públicas y las acciones de la sociedad, Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP, Santiago de Chile, diciembre de 2010.

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO**

1. PROQUEST Both, Juliane Elis et al. [Base de datos en línea]. Percepción de vejez en la voz de las personas mayores ubicadas en grupos de ancianos, Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online4.4 Oct-Dec 2012 [citado 10 de Junio 2014]: 3043-3051. Disponible en:  
<http://search.proquest.com/docview/1450276398/fulltextPDF/DDDE64F830B54AB7PQ/1?accountid=36765>.
2. PROQUEST Fuentes, Carmen Luisa Castellano. [Base de datos en línea] a Influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. International Journal of

Psychology and Psychological Therapy 14.3 (Oct 2014) [citado 10 de Junio 2014]: 365-377. Disponible en:

<http://search.proquest.com/docview/1647405372/DDDE64F830B54AB7PQ/15?accountid=36765>.

3. PROQUEST Oliver A, Galiana L. et al. [Base de datos en línea]. Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. [citado 10 de Junio 2014]: Aquichan. 2015; 15 (2): 223-233. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.7. Disponible en:  
<http://search.proquest.com/docview/1677644162/56BE653136FF4C6BPQ/1?accountid=36765>
4. PROQUEST Klein, Alejandro. [Base de datos en línea]. “Cambios en las peculiaridades sociales del adulto mayor y su impacto en el lazo social”. Desde el Jardín de Freud. [citado 10 de Junio 2014]: 15 (2015): 177-190. Disponible en:  
<http://search.proquest.com/docview/1679399480/56BE653136FF4C6BPQ/16?accountid=36765>
5. PROQUEST Estrada, M., et al. (2010). Antecedentes y consecuencias de la actitud ante el anuncio en las personas mayores. Un análisis empírico. [Base de datos en línea]. [citado 10 de Junio 2014]: *nnovar*, 20(37). 149-162. Disponible en:  
<http://search.proquest.com/docview/1114847275/DDDE64F830B54AB7PQ/34?accountid=36765>

## ANEXOS

### ANEXO 1:



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



### ENCUESTADOR:

Me interesa saber lo que usted piensa de esta etapa de la vida, voy a leer unas frases y usted medirá qué tan mentiroso o verdades lo que yo digo. Diré una frase y usted dirá que es algo verdad, totalmente verdad, algo mentiroso o totalmente mentira, según lo que usted piense si no tiene una respuesta para lo que yo digo entonces me dice indeciso. No hay respuestas correctas ni tampoco incorrectas

---

### DATOS INFORMATIVOS

EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:

SEXO:

SOLTERO/A: (    )

MASCULINO: (    )

CASADO/A: (    )

FEMENINO: (    )

VIUDO/A: (    )

### INSTRUCCIONES

A continuación se presentará una serie de ítems con 5 alternativas de respuesta, las cuales se muestran de la siguiente forma:

- **TD:** Totalmente en desacuerdo
- **D:** Desacuerdo
- **I:** Indiferente
- **A:** Acuerdo
- **TA:** totalmente de acuerdo

Elige para cada ítem SOLO una respuesta y marque con una (X) la respuesta que crea conveniente.



**A. ENCUESTA – ACTITUDES (CUESTIONARIO AAQ)**

<b>INDICADOR</b>	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>I</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
1. Conforme las personas avanzan en edad son más capaces de enfrentar la					
2. Es un privilegio llegar a Viejo					
3. La edad avanzada es una época de soledad					
4. La sabiduría viene con la edad					
5. Hay muchas cosas agradables acerca del envejecimiento					
6. La edad avanzada es una etapa depresiva					
7. Es importante hacer ejercicio a cualquier edad					
8. Hacerme viejo ha sido más fácil de lo que pensaba					
9. Encuentro que más difícil hablar de mis sentimientos mientras me hago más viejo					
10. Me acepto más conforme me hago viejo					
11. Miro la edad avanzada principalmente como época de pérdida					
12. Lo que soy (hombre/mujer, trabajador, ama de casa, papá/mamá, abuelo, hijo) no se debe a mi edad					
13. Tengo más energía ahora de la que esperaba para esta edad					
14. Estoy perdiendo mi independencia física conforme me hago más viejo					
15. Los problemas con mi salud física no me impiden hacer lo que quiero					
16. Conforme me hago más viejo me es más difícil hacer nuevos amigos					
17. Es muy importante transmitir los beneficios de mis experiencias a gente más					
18. Creo que mi vida ha hecho la diferencia					
20. No me siento involucrado en sociedad, ahora que soy más Viejo					
21. Quiero dar un buen ejemplo a gente más joven					
22. Me siento excluido de cosas debido a mi edad					
23. Mi salud es mejor de lo que esperaba por mi edad					
24. Me mantengo en forma tan activo como me sea posible ejercitándome					

**B. ENCUESTA – PERCEPCIONES (CUESTIONARIO APQ)**

INDICADOR	TD	D	I	A	TA
1. Estoy consciente que estoy envejeciendo en todo momento.					
2. Siempre estoy consciente de mi edad.					
3. Siempre percibo que me clasifican como viejo.					
4. Siento el peso de la edad en todo lo que hago.					
5. A medida que envejezco soy más sabio.					
6. A medida que envejezco soy mejor persona.					
7. A medida que envejezco aprecio más las cosas.					
8. Me deprimó cuando pienso como el envejecimiento puede afectar las cosas que antes podía hacer.					
9. La calidad de mi vida social en años venideros está en mí.					
10. Están en mí, la calidad de mis relaciones con otros en los siguientes años.					
11. Están en mí continuar viviendo mi vida al máximo.					
12. Me deprimó cuando pienso en el efecto que el envejecimiento puede tener en mi vida social.					
13. A medida que envejezco hay muchas cosas que puedo hacer para seguir valiéndome por mí mismo.					
14. Tener lados positivos mientras más envejezco, depende de mí					
15. Envejecer limita las cosas que puedo hacer					
16. Envejecer me hace depender de los demás.					
17. El envejecimiento hace que todo sea más difícil para mí					
18. A medida que envejezco, puedo realizar menos actividades.					
19. A medida que envejezco, se me dificulta hacer frente a los problemas que surgen.					
20. No puedo controlar ser más lento a causa de mi edad.					
21. La forma de moverme (ir de un lugar a otro) en la vejez no está en mí.					
22. No tengo control sobre perder energía o entusiasmo para vivir como adulto mayor.					

23. No tengo control sobre los efectos del envejecimiento en mi vida social					
25. Me deprimó cuando pienso sobre el Envejecimiento					
26. Me preocupa sobre los efectos que el envejecimiento puede tener sobre mis relaciones con los demás					
27. Paso por etapas en las que mi experiencia de estar envejeciendo es mejor y otras peor.					
27. Mi experiencia de estar envejeciendo va y viene en etapas					
28. Me enoja pensar que estoy envejeciendo.					
29. Paso por etapas en que me siento viejo.					
30. Mi conciencia de estar envejeciendo cambia					
31. Paso por fases en las que me veo como una persona vieja					

**C. ENCUESTA – PERCEPCIONES (CUESTIONARIO APQ)**

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?

	1	2	3
	Sí, me limita mucho	Sí, Me limita un poco	No, no me limita nada
1. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la escoba, o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	1 SÍ	2 NO
3. ¿Hizo <u>menos de lo que hubiera querido hacer</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tuvo <u>que dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)?

1

2

3

4

5

Nada

Un poco

Regular

Bastante

Mucho