

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema: “AUTOPERCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN FAMILIAR DE LA CALIDAD
DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. ER12, LA VICTORIA, 2015-2016”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Dra. Patricia Elisabeth Borja Tapia.

Director: Dr. Idalberto Creagh Bandera. Especialista, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magíster, e integrado por los señores Doctor José Ignacio Izurieta Izurieta, Especialista, Doctor Hugo Enrique Arguello Navarro, Magister, Doctora Yamilet Leyva González, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “AUTOPERCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN FAMILIAR DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. ER 12, LA VICTORIA, 2015-2016”, elaborado y presentado por la señora Doctora Patricia Elisabeth Borja Tapia, para optar por el Grado Académico de Especialista en medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.
Presidente del Tribunal

Dr. José Ignacio Izurieta Izurieta, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Hugo Enrique Arguello Navarro, Mg.
Miembro del Tribunal

Dra. Yamilet Leyva González, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “AUTOPERCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN FAMILIAR DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. ER 12, LA VICTORIA, 2015-2016”, le corresponde exclusivamente a: Dra. Patricia Elisabeth Borja Tapia, Autora bajo la dirección de Dr. Idalberto Creagh Bandera, Especialista. Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. Patricia Elisabeth Borja Tapia

c.c.0502282262

AUTORA

Dr. Idalberto Creagh Bandera, Esp.

c.c.E248367

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Dra. Patricia Elisabeth Borja Tapia
c.c.0502282262

ÍNDICE

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
AGRADECIMIENTO.....	x
DEDICATORIA	xii
RESUMEN EJECUTIVO	xiii
EXECUTIVE SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1	3
EL PROBLEMA	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1. Contextualización.....	3
1.2.2. Análisis crítico	5
1.2.3. Prognosis	6
1.2.4. Formulación del problema	6
1.3. Interrogantes.....	7
1.3.1. Delimitación del objeto de investigación.....	7
CAPÍTULO 2	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes investigativos	9
2.2. Fundamentación Filosófica	14
2.3. Fundamentación legal.	15
2.4. Categorías fundamentales	18
2.5. Hipótesis.....	22
CAPÍTULO 3	24
METODOLOGÍA	24
3.1. Enfoque	24
3.2. Modalidad básica de la investigación	24
3.3. Nivel o tipo de investigación.....	24
3.4. Población y muestra	24
3.4. Consideraciones éticas.	25

3.5. Operacionalización de variables	25
3.6. Recolección de información.....	30
3.7. Plan de procesamiento de la información.	32
3.8. Consideraciones éticas.	32
CAPÍTULO 4	33
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	33
4.1. Características de la población.....	33
4.1.1. Edad:	33
4.1.2. Sexo.....	33
4.1.3. Escolaridad.....	34
4.1.4 Etnia.	35
4.1.5 Estado civil.....	36
4.1.6 Calidad de vida.....	37
4.1.7 Salud Física	40
4.1.8. Salud psicológica	44
4.1.9. Relaciones Sociales.....	46
4.1.10. Ambiente.....	47
CAPÍTULO 5	56
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
5.1. CONCLUSIONES:	56
5.2. RECOMENDACIONES:.....	57
CAPÍTULO 6	58
PROPUESTA.....	58
6.1 DATOS INFORMATIVOS	58
6.1.1. Institución ejecutora	58
6.1.2. Beneficiarios	58
6.1.3. Entidad responsable	58
6.1.4. Ubicación	58
6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta.....	58
6.2. Antecedentes de la propuesta	58
6.3. Justificación.....	59
6.4. Objetivos	60
6.5. Análisis de factibilidad.....	61
6.6. Fundamentación Teórico - Científica.....	61
6.7. Modelo Operativo	66
6.8. Administración de la Propuesta	67

6.9. Previsión de la evaluación.....	67
REFERENCIAS	69
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	Caracterizar las dimensiones personales de los adultos mayores en el ER 12 de la parroquia La Victoria en el 2015-2016.....	25
TABLA 2.	Autopercepción del adulto mayor y percepción familiar sobre la calidad de vida.....	26
TABLA 3.	Distribución de adultos mayores según grupo de edad y sexo en el ER 12 La Victoria 2015-2016.	34
TABLA 4.	Distribución de adultos mayores según nivel de escolaridad en el ER La Victoria 2015-2016.	34
TABLA 5.	Distribución de los adultos mayores según estado civil en el ER 12 La Victoria 2015 – 2016.....	36
TABLA 6.	Puntuación de la calidad de vida según los adultos mayores y sus familiares en el ER 12 La Victoria 2015 – 2016.	38
TABLA 7.	Satisfacción de la salud según los adultos mayores y sus familiares en el ER 12 La Victoria 2015 – 2016.	39
TABLA 8.	Salud física del adulto mayor, autopercepción y percepción familiar. ER 12 La Victoria 2015-2016.....	41
TABLA 9.	Salud Psicológica del adulto mayor según la autopercepción y la percepción familiar. ER 12 La Victoria 2015-2016.....	44
TABLA 10.	Aceptación de la apariencia física según el adulto mayor y su familiar, ER 12 La Victoria 2015-2016.....	46
TABLA 11.	Percepción y autopercepción del adulto mayor sobre el Ambiente. ER 12 La Victoria 2015-2016.	48
TABLA 12.	Distribución de la percepción familiar y autopercepción de los adultos mayores según frecuencias y porcentajes para el dominio 4 en el WHOQOL-BREF. ER 12 La Victoria 2015-2016.....	49
TABLA 13.	Percepción de la calidad de vida y su relación con la edad de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.	51
TABLA 14.	Percepción de la calidad de vida y su relación con el sexo de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.	51
TABLA 15.	Percepción de la calidad de vida y su relación con el estado civil de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.....	52
TABLA 16.	Percepción de la calidad de vida y su relación con el dominio 1 salud física de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.	52
TABLA 17.	Percepción de la calidad de vida y su relación con el dominio 2 salud psicológica de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.	53
TABLA 18.	Percepción de la calidad de vida y su relación con el dominio 3 relaciones sociales de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.....	53
TABLA 19.	Percepción de la calidad de vida y su relación con el dominio 4 ambiente. ER 12 La Victoria 2015-2016.....	54
TABLA 20.	Autopercepción y percepción familiar sobre calidad de vida del adulto mayor. ER 12 La Victoria 2015-2016.	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.	Distribución de adultos mayores según etnia en el ER La Victoria 2015-2016.	36
GRÁFICO 2.	El dolor físico limita las actividades de la vida diaria del adulto mayor, autopercepción y percepción familiar ER 12. La Victoria 2015-2016.	42
GRÁFICO 3.	Satisfacción con el sueño autopercepción del adulto mayor y percepción familiar ER 12. La Victoria 2015-2016.....	43
GRÁFICO 4.	Percepción familiar y autopercepción sobre cuanto disfruta de la vida el adulto mayor. ER 12 La Victoria 2015-2016.	45

AGRADECIMIENTO

Elaborar una tesis de especialidad requiere una gran cantidad de tiempo, energía, ilusión, apoyo y otros elementos, a menudo inmateriales, que permiten que de una u otra manera el estudiante consiga acabar su trabajo.

Cada uno de esos muchos elementos aludidos tiene un protagonista y un momento determinado, a todos ellos quiero dedicar mi agradecimiento:

A Dios mi creador quien me ha permitido cursar esta especialidad y llegar a su culminación.

Al Dr. Idalberto Creagh Bandera, director de esta Tesis, que tras largas horas de discusión y enseñanza me ha permitido orientar este trabajo hacia la línea de la atención primaria y ha hecho que esta tesis sea finalmente diferente.

A la Dra. Aida Aguilar, cuya confianza, paciencia y amistad han sido siempre un apoyo constante, y han supuesto la referencia donde acudir cuando parecía que no había salida.

A Edison, por compartir mi vida, y porque con su paciencia infinita y gran comprensión, ha sabido estar a mi lado para animarme a sacar de mí todo lo que jamás hubiese conseguido sola. Te prometo que te devolveré multiplicado todo lo que estos años de trabajo nos han obligado a posponer.

A Paúl y Sebastián. Difícilmente puedo pensar en algo que me aporte mayor inspiración para vivir y tratar de mejorar cada día, que el simple hecho de su existencia.

A mis padres, José y Fanny, que dieron todo lo que tenían y más por sacar adelante a sus 3 hijas y no contentos con eso siguen esforzándose cada día por hacernos felices con su ejemplo de familia.

Como no agradecer a los adultos mayores y sus familiares del ER 12, parroquia La Victoria que conforman la población de estudio, por abrirme las puertas de su casa y brindarme información necesaria y sincera; sin ellos no hubiera sido posible concluir esta tesis.

A mis profesores de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato, quienes compartieron conmigo sus valiosos conocimientos y experiencias durante estos 3 años de carrera. En especial al Dr. Jorge Augusto Naranjo Ferregut, maestro distinguido.

Patricia

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme culminar la especialización, por bendecir mi familia y guiar mi camino.

A mi esposo quien me brinda su amor, comprensión, paciencia, su apoyo constante, son evidencias de su gran amor. ¡Gracias!

A mis hijos, mi razón de ser, quienes me prestaron el tiempo que les pertenecía, motivándome en todo momento con su “Te Quiero Mamita”. Gracias

A mis padres por su infinito amor, sacrificio y apoyo constante.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“AUTOPERCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN FAMILIAR DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. ER12, LA VICTORIA, 2015-2016”

AUTORA: Doctora Patricia Elisabeth Borja Tapia

DIRECTOR: Doctor Idalberto Creagh Bandera, Especialista.

FECHA: 08 de agosto de 2016.

RESUMEN EJECUTIVO

En la actualidad el mundo entero experimenta un fenómeno nuevo que es el fenómeno de transición demográfica, dónde la población de adultos mayores se ha incrementado considerablemente, es así que según la Organización Mundial de la Salud refiere que en el año 2000 existían aproximadamente 600 millones de adultos mayores, cifra que se duplicaría en el año 2025, todo esto se ha logrado gracias a los avances tecnológicos y científicos que han reducido las tasas de mortalidad y aumentando la esperanza de vida, por tanto existen mayor número de individuos vulnerables, con exigencias propias y con poca consideración social lo que determinaría su calidad de vida. Ecuador también está experimentando este proceso sin ser la excepción la parroquia la Victoria. En este contexto se realizó el presente estudio cuyo objetivo general fue. Determinar la calidad de vida del adulto mayor desde la autopercepción y la percepción de la familia en el ER 12, La Victoria en el año 2015-2016. Se mantuvo un enfoque cualitativo y cuantitativo, fue un estudio descriptivo observacional transversal, que permitió conocer como los adultos mayores perciben su calidad de vida y como la perciben sus familiares. Se trabajó con 70 adultos mayores y 70 familiares, aplicando el instrumento WHOQOL-BREF, desarrollado por la OMS con 26 preguntas, que

describe la calidad de vida en relación a los determinantes sociales, biológicos, físicos y psicológicos estudiados durante el año 2016. Se utilizó el programa SPSS20, con medidas de frecuencia, proporción desvío estándar, promedio y Chi cuadrado. Cuyos resultados fueron: la media de edad fue de 70 años, el 60% (42) de adultos mayores refirieron percibir su calidad de vida como media y el 40% (28) la percibe como mala, mientras que los familiares refieren el 57,1 % (40) para calidad de vida media y 41,5% (29) baja. Según la satisfacción con su salud el 30% respondió satisfactoriamente, sin embargo el 34,3 % poco insatisfecho y el 25,7% muy insatisfecho, los mejores resultados fueron de hombres, casados con nivel de escolaridad primario y que viven con sus parejas.

Palabras claves: Calidad de vida, adulto mayor, familia, salud, envejecimiento, autopercepción, percepción, longevidad, salud física, salud psicológica, relaciones sociales.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

“AUTOPERCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN FAMILIAR DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. ER12, LA VICTORIA, 2015-2016”

AUTHOR: Doctor Patricia Elisabeth Borja Tapia

DIRECTED BY: Doctor Idalberto Creagh Bandera, Especialista.

DATE: 08 de agosto de 2016.

EXECUTIVE SUMMARY

Nowadays the whole world is experiencing a new phenomenon, which is the phenomenon of demographic transition, where the population of the elderly has increased considerably, according to the World Health Organization that in the year 2000 there were approximately 600 million Old adults, a figure that would double by 2025, all this has been achieved thanks to technological and scientific advances that have reduced mortality rates and increasing life expectancy, so there are more vulnerable individuals, with their own requirements And with little social consideration what would determine their quality of life. Ecuador is also experiencing this process without being the exception the Parish Victoria. In this context the present study whose general objective was performed. Determine the quality of life of the elderly from self-perception and the perception of the family in the ER 12 Victory in 2015-2016. A qualitative and quantitative approach was maintained, it was a descriptive study cross-sectional descriptive study yielded information as older adults perceive their quality of life and how they perceive their families. We worked with 70 older adults and 70 family, using the instrument WHOQOL-BREF developed by OMS with 26 questions, which

describes the quality of life in relation to social, biological, physical and psychological determinants studied during 2016. SPSS20 program was used with frequency measurements, standard deviation, and chi square. Results: the average age was 70 years. The 60% (42) of seniors reported perceive their quality of life as average and 40% (28) perceived as bad, while 57.1% refer families (40) for average quality of life and 41.5% (29) low. According satisfaction with their health 30% will answered satisfactorily, however little dissatisfied 34.3% and 25.7% very dissatisfied, the best results were men, married primary school level and living with their partners.

Keywords: Quality of life, elderly, family, health, aging, self-perception, perception, longevity, physical health, psychological health, social relations.

INTRODUCCIÓN

Los avances científicos y tecnológicos alcanzados en la medicina han reducido las enfermedades mortales y han hecho posible que disminuya la tasa de mortalidad y aumente la esperanza de vida. Como consecuencia, la sociedad de fines del siglo XX se encontró ante un fenómeno nuevo: la longevidad de su población.

Si bien estos cambios han prolongado la vida, en la actualidad hay estados de salud peores que la muerte y estamos enfrentando un conflicto entre cantidad y calidad de vida, lo que acarrea dilemas éticos y de difícil resolución (1).

En Ecuador, al igual que en la mayoría de los países del mundo, se ha experimentado la transición demográfica hacia una población longeva con características particulares, lo que obliga a realizar cambios importantes en la estructura política, económica y social, con prioridad en la prestación de servicios sociales y de salud.

El envejecimiento es un proceso natural, irreversible marcado por cambios homeostáticos que condicionan a la persona a alteraciones en el bienestar y la satisfacción. Es un ciclo de vida único, irrepetible, e inevitable que tiene características propias que comprometen un costo personal y social importante para lograr un envejecimiento con calidad, que no se limite solo a la disminución de las enfermedades sino a una vida con condiciones adecuadas tanto físicas, psicológicas y ambientales.

Por otro lado en la sociedad se producen cambios sociales y culturales que influyen positiva o negativamente en las condiciones y calidad de vida de los que envejecen como la pérdida del trabajo, disminución de los ingresos económicos etc, pero más allá de las características atribuidas a la edad, cada persona atraviesa esta etapa conforme su biografía, historia y posicionamiento personal frente a esta etapa. Por tanto la calidad de vida del adulto mayor estará en función de un proyecto de vida basado en las experiencias adquiridas en el pasado y presente y una proyección hacia el futuro como parte de una familia, una sociedad con participación activa donde sus deseos y necesidades sean expresados y satisfechos.

Es por esto que la familia tiene un rol importante con el envejecimiento de los integrantes de más edad ya que al estar fuera de un ambiente laboral y dejar de ser

productivos están aislados de las actividades sociales, convirtiéndose así la familia en su espacio de desenvolvimiento y desarrollo personal; que en varias ocasiones este espacio se complejiza puesto que al estar compuesto por varias generaciones se producen rozas, fricciones, incomprensión e inestabilidad, apareciendo así crisis que conllevan al distanciamiento o abandono, al alejamiento o desentendimiento sobre la vida del adulto mayor. Surge aquí la necesidad de enfrentar la vejez no como un problema sino como un proceso que requiere atención desde el autoconcepto y el concepto familiar.

La percepción de la calidad de vida está asociada a la personalidad, al bienestar que experimentan las personas y que están intrínsecamente relacionados con la salud, factores económicos, interacción social y ambiental.

Teniendo como premisa lo mencionado y la experiencia de trabajar en una zona rural con una población envejecida avanzada, surge el interés por realizar este estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida de los adultos mayores desde la autopercepción y la percepción familiar en el ER 12 La Victoria, 2015-2016.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.1. Tema.

“AUTOPERCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN FAMILIAR DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. ER 12, LA VICTORIA, 2015-2016”

1.2. Planteamiento del problema.

1.2.1. Contextualización

En los últimos años la población anciana ha crecido progresivamente y se prevee un mayor crecimiento en las décadas venideras, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 existían alrededor de 600 millones de adultos mayores, siendo el 10% de la población total del planeta. En los países desarrollados como Europa y América, este grupo poblacional es superior al 20% del total (2). Esto se ha generado por los patrones descendentes de fertilidad y mortalidad de las dos últimas décadas, que han generado este fenómeno de envejecimiento poblacional. Este fenómeno está más desarrollado en unos países especialmente en los catalogados como países desarrollados y en menor medida en los considerados en vías de desarrollo (3).

En el mundo los adultos mayores son el grupo de más rápido crecimiento, tal es así que es así que entre 1994 y 2004 el número de personas de 60 años en adelante se duplicó y en la actualidad superan en número al grupo de niños menores de 5 años. En el año 2014 la tasa de crecimiento de los adultos mayores casi triplica la tasa de crecimiento global (3).

El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco, universal, progresivo, asincrónico e individual, asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas,

psicológicas bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo, medio ambiente, condiciones sociales, educacionales y los estilos de vida (4) (5).

En el Ecuador, según las estimaciones oficiales, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 años: 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la población femenina, con una proyección para el 2050 de 80,5 años (3) (5). El aumento de la esperanza de vida representa un triunfo, interpretada desde el aumento en años pero representa nuevos retos para la sociedad, la familia, el estado e implica aumento en el interés de destinar fondos económicos tanto para aspectos de promoción como prevención fortaleciendo los servicios de salud, las capacidades de su personal y el apoyo intersectorial para con este (4) (6) (7) (8).

La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, reduciendo relativamente el número de personas en las edades más jóvenes e incrementando las edades más avanzadas. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado así la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2; la natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; es así que se dice que para el 2030 las mujeres tendrán menos de 2 hijos (4) (9).

La ampliación de la cobertura y/o mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, los avances de la biología, la medicina, la educación, la comunicación y la tecnología; las vacunas, los antibióticos, los hábitos de limpieza, la posibilidad de conocer cómo cuidar nuestra salud, como mantenernos física, social e intelectualmente activos, el trabajo organizado, la seguridad social son condiciones que han influido también en el aumento de la esperanza de vida (10).

Ecuador tiene en la actualidad una población aproximada de 14.5 millones de personas y una relación hombres/mujeres prácticamente equilibrada, se muestra

como un país en plena fase de transición, donde la población de adultos mayores es de 1.192.475 lo que corresponde al 6,5%, con un predominio en el sexo femenino, este fenómeno permite vaticinar que para el 2050 representarán el 18% (11).

Existe además un número importante de adultos mayores en estado de abandono, un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles; ante lo cual existe la ayuda del estado a través de varios ministerios de apoyo social que con sus programas han intentado mitigar los factores de riesgo alcanzando parcialmente sus metas puesto que se trata de una población vulnerable.

En la parroquia La Victoria, provincia de Cotopaxi, Cantón Pujilí, en el sector ER 12, según datos obtenidos en el Análisis de la Situación Integral de Salud en el 2014, existe una población de 1322 habitantes, de los cuales 167 son adultos mayores lo que corresponde al 12,6%, de estos el 52,69 % son mujeres; graficados en una pirámide poblacional en forma de campana o estable, con una base ancha que va disminuyendo lentamente, es propia de una población que tiende al envejecimiento y que ha concluido su transición demográfica. Importante decir que de la población de adultos mayores 46 pertenecen a hogares unipersonales, 72 padecen enfermedades crónicas no transmisibles representadas por hipertensión arterial, diabetes, gastritis crónica, el 100% ingiere algún tipo de medicamento, condiciones que hacen suponer que los adultos mayores de este sector no tienen una buena calidad de vida; ya que el solo hecho de padecer una enfermedad la modifica más aun cuando se suman otros factores como vivienda insegura, apoyo insuficiente, baja economía etc. Por tanto es de extrema importancia saber cuál es la percepción de la calidad de vida del adulto mayor y su familia, en el afán de fortalecer las estrategias existentes y generar nuevas para trabajar desde su propia óptica, ayudándolos a disfrutar de un envejecimiento exitoso.

1.2.2. Análisis crítico

Hace varias décadas se han realizado investigaciones sobre el adulto mayor, el envejecimiento, emitiendo diversos conceptos entre los que señalan que el

envejecimiento es un conjunto de cambios físicos, sociales, afectivos, biológicos, con sus propias demandas, que adulto mayor es considerado desde los 65 años en adelante, ante lo cual en nuestro país se han diseñado programas y estrategias relacionados con la población adulta mayor puestos en marcha desde años atrás hasta la actualidad, en los que participan el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Salud Pública, (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Vicepresidencia de la República, Policía Nacional, etc, todos enfocados a cubrir las necesidades de este grupo, como una buena salud, seguridad social, pensiones, ambientes de recreación, etc, lo que constituiría una buena calidad de vida, pero si se revisa las estadísticas existentes se observa que las enfermedades crónicas no transmisibles han incrementado en un gran porcentaje, así como el abandono familiar; la falta de empleo, deficiente sustento económico, la discriminación, factores que han afectado a la mayoría de personas de este grupo.

Si se considera que existen tantos programas y estrategias implementadas hace algunos años atrás, entonces se podría pensar que no funcionan, o están mal orientados o planificados con enfoque gerencial, no basados en la percepción de adultos mayores a quienes están dirigidos.

1.2.3. Prognosis

En caso de no realizarse este estudio, no se logrará saber la autopercepción del adulto mayor y la percepción de los familiares sobre su calidad de vida, las necesidades sentidas, la relación familiar, elementos necesarios para elaborar una estrategia de intervención que garantice una buena calidad de vida, misma que a futuro se podría implementar en poblaciones de iguales características.

1.2.4. Formulación del problema

¿Cuál es la autopercepción del adulto mayor y su familia sobre la calidad de vida en el ER 12, La Victoria, 2015-2016?

1.3. Interrogantes

¿Cuáles son las características sociodemográficas que distinguen a los adultos mayores?

¿Cuál es la percepción que tiene el adulto mayor sobre su calidad de vida?

¿Cuál es la percepción de la familia con relación a la calidad de vida del adulto mayor?

¿Qué se requiere para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en el ER 12, La Victoria?

¿Existen diferencias entre la percepción familiar y la autopercepción sobre la calidad de vida del adulto mayor?

1.3.1. Delimitación del objeto de investigación.

De contenido:

Campo: Medicina Familiar – Atención Primaria en Salud.

Área: Gerontología.

Aspecto: Adulto mayor.

Según:

Tiempo: De enero a diciembre del año 2016.

Lugar: Sector ER 12, parroquia La Victoria, cantón Pujilí, Provincia Cotopaxi.

Personas: adultos y adultas mayores y sus cuidadores.

Línea de Investigación: Promoción de la Salud

1.3. Justificación

La fase de transición demográfica por la que atraviesa el país y el mundo entero ha ocasionado un incremento cada vez mayor de la población de adultos mayores y de los índices de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacidades convirtiéndose en el fenómeno de mayor impacto en la actualidad.

Tendrá un impacto social el mismo que está enfocado en la mejora de la percepción de calidad de vida en la comunidad especialmente de la familia y del adulto mayor para así verlos como un ser biopsicosocial y a la familia como el núcleo de apoyo principal.

La importancia de este estudio es lograr fortalecer las actividades de promoción, prevención, desde la óptica de la población en la que se ejecutará.

Esta investigación es factible puesto que será aplicada por el personal de salud, en las visitas domiciliarias, con presupuesto propio, cuyos resultados obtenidos servirán para la elaboración de la estrategia de intervención que se pondrá en práctica en el año subsiguiente, permitiendo la vigilancia y mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores del ER 12 de la Parroquia La Victoria.

Esta investigación va dirigida a los adultos mayores de la parroquia La Victoria, a los médicos, enfermeras, técnicos de atención primaria (TAPS), organismos rectores locales, comité local de salud y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Técnica de Ambato, puesto que con los resultados obtenidos se pretende lograr un acercamiento mayor y un conocimiento pleno de la calidad de vida del adulto mayor, para así brindar una mejor atención, con calidad y calidez, con un trato digno y prioritario, beneficiando de forma directa a este grupo etario.

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Determinar la calidad de vida del adulto mayor desde la autopercepción y la percepción de la familia en el ER 12, La Victoria en el año 2015-2016.

1.2.2 Específicos

1.4.2.1 Caracterizar al adulto mayor según variables sociodemográficas seleccionadas.

1.4.2.2 Identificar la percepción que tiene el adulto mayor y su familia sobre la calidad de vida.

1.4.2.3 Identificar las diferencias existentes entre la percepción familiar y la autopercepción sobre calidad de vida del adulto mayor.

1.4.2.4 Diseñar una estrategia de intervención educativa, centrada en la promoción de salud tomando en cuenta los criterios del adulto mayor y la familia, para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

En Costa Rica, Mónica Mora y colaboradores, realizaron un estudio sobre la perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa cuyo objetivo fue conocer la relación entre las variables (soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa) que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ligadas al género en personas adultas mayores. Además, conocer el principal motivo de estos sujetos para realizar la actividad física y el beneficio percibido por estos, de acuerdo al género. Se realizó el estudio con 152 participantes (92 mujeres y 60 hombres) cuyas edades se enmarcaron entre los 60 a 75 años, de 21 centros diurnos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: el cuestionario de calidad de vida (INISA, 1994) y la encuesta sobre actividad física recreativa. Los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; autonomía y estado mental; autonomía y frecuencia de la actividad; autonomía y duración. En lo que respecta al género; la depresión geriátrica fue superior en las mujeres ($F=5.86$). La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros fueron, el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores. La investigadora concluyó que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física. En lo que respecta a la depresión, esta se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprueba que la actividad física recreativa mientras más veces se repita, más tiempo por semana logra mayores y mejores resultados en este grupo poblacional (12).

En un estudio sobre calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas, realizado por Maritza Torres y colaboradores en Chile en el año 2011; fue un estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF, de tipo descriptivo, transversal, en el que se compararon dos grupos de adulto mayores beneficiados por dos tipos de vivienda, determinados por el subprograma de vivienda y condominio que inició en 1998, el universo de estudio lo conformaron los adultos mayores que formaron parte de este subprograma en los años 1998 y 2001. Los beneficiarios eran 155 de viviendas en condominio y 218 de viviendas básicas en edificio, ambos grupos pertenecieron a siete comunas de la Región Metropolitana (RM) (La Pintana, Colina; Puente Alto, Quilicura, Buin, Cerrillos y Maipú). El total de adultos mayores fue de 373 (universo), de los cuales se entrevistó a 74% (N=276). Como instrumento de estudio se utilizó la encuesta de percepción de Calidad de Vida, WHOQOL-BREF, (versión española para adulto mayor), patrocinada por el Grupo de calidad de vida de la OMS, instrumento que consta de 26 preguntas, cada una con 5 categorías tipo Likert. El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de la calidad de vida total, y puntajes para cada dominio: Dominio 1: físico, Dominio 2: psicológico, Dominio 3: relaciones sociales, Dominio 4: Ambiente. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, a mayor puntaje mejor es la calidad de vida. Los resultados obtenidos fueron: El 86,3% de adultos mayores que vivían en condominios y el 89,4% que vivían en edificios, manifestaron encontrarse satisfechos con su salud física; en cuanto al dominio 2, los adultos mayores de condominio percibieron mejor su estado psicológico con una relación de 2/1; esto se debe a que en el condominio hay mayor contacto con personas de la misma edad y mayor apoyo social; en el dominio 3 de igual manera los adultos mayores de condominio perciben mejor sus relaciones sociales; en el dominio 4 se observa que 20,2% de adultos mayores de condominio percibe el ambiente como alto y el 3% de los adultos mayores que viven en edificio, por lo que este es el aspecto en el que se encuentra mayores diferencias (13).

En un estudio sobre Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor, realizado por Belem Peña, en México en el 2011, en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE cuyo objetivo fue conocer la percepción de la

calidad de vida del adulto mayor mediante la aplicación del Cuestionario Breve de la Calidad de Vida (CUBRECAVI), considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus expectativas. Participantes y método: estudio transversal, observacional y descriptivo. Se entrevistaron 150 pacientes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Oriente de ISSSTE, con promedio de edad de 72 años, mediante el CUVRECAVI. Se utilizó el análisis univariado para las variables del estudio, con cálculo de los intervalos de confianza de 95%. Resultados; 32.7% de los pacientes fueron hombres. Todos los participantes tuvieron algún tipo de enfermedad, sin datos de demencia; 18:7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular, dando como conclusiones que: la percepción de la calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida. El CUVRECAVI es un instrumento útil para cuantificar la calidad de vida del adulto mayor (14).

En Chile en un estudio denominado Comprensión de la Calidad de vida en personas semivalentes en el año 2007, realizado por Paulina Osorio cuyo objetivo fue conocer y analizar las percepciones, creencias y evaluaciones sobre su calidad de vida en hombres y mujeres mayores semivalentes. Se trata de una investigación cualitativa que incluyó entrevistas en profundidad a personas mayores semivalentes mayores de 60 años de la Región Metropolitana, analizadas con asistencia del software Atlas ti 5.0. Los resultados muestran que las dimensiones que más afectan la percepción de calidad de vida de las personas mayores semivalentes son la economía, la familia y la salud, observándose que para los hombres sobresale la dimensión economía y para las mujeres la dimensión familia, aunque no deja de ser importante el factor económico. El análisis de los datos sugiere que las dimensiones de la calidad de vida no son absolutas, por lo que se propone un diagrama interpretativo que entiende a las dimensiones como condiciones y entornos, y que incorpora en su comprensión las experiencias y significados individuales y sociales, asumiendo que la calidad de vida, no es o

positiva o negativa, buena o mala, sino que su percepción dependerá de la condición desde la que se evalúe y del entorno en que se la experimente (15).

Martha Vera, en su estudio cualitativo sobre Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, realizado en el año 2007 en Lima-Perú en el Centro de Salud Clas Laura Caller Ibérico, cuyo objetivo fue comprender el significado que tiene la expresión lingüística calidad de vida para los adultos mayores y para su familia, empleo el método descriptivo, interpretativo y comprensivo con una muestra de 17 adultos mayores, arrojando resultados como que la vejez es un período natural de la vida, es ser cuidado, protegido, apoyado para que logre su bien, bienestar, satisfacción, coincidiendo en un 80% con las respuestas de sus familiares (16).

Dianelis Dueñas González (17), en un estudio descriptivo de corte transversal, llamado Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas, Cuba, realizado en el 2009, en un universo de 108 559 adultos mayores, de los que se seleccionó una muestra de 741, por muestreo estratificado polietápico. Se aplicaron el Examen Mínimo del Estado Mental y la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida Percibida. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, y se aplicó la prueba de homogeneidad y otras específicas como Bartholomew, Ridit Analysis y χ^2 para la regresión. El procesamiento se realizó con SPSS versión 11,5, y Epidat 3,1, obteniéndose como resultados: predominio de calidad de vida percibida baja, que constituyó el 43,3 % de la muestra investigada. Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida que se incrementa la edad ($p=0,000$) y disminuye la escolaridad ($p=0,000$). No hubo diferencias por sexo ($p=0,343$) ni por estado conyugal ($p=0,123$).

En Perú, Juan Mavhler Coronado Gálvez (18), en su estudio Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo en el que participaron 400 personas, a los que se les aplicó dos instrumentos: una ficha socioepidemiológica y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Survey, cuyas dimensiones evaluadas

fueron: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ y una media general de $71,29 \pm 7,90$. 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones FS, SM y la VT obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75 % o puntaje, 68,74%, y 64,61% respectivamente; y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a SG, RF y DC con el 50,22, 61,18 y 62,22 respectivamente.

Las conclusiones más importantes son: el sexo masculino, grado de instrucción, ingreso > a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. La escala resumen física que compara con población anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de $48,68 \pm 7,56$ y $54,22 \pm 9,56$ respectivamente; y la escala resumen mental fue de $50,94 \pm 12,23$ y $57,43 \pm 11,43$ respectivamente.

En Ecuador en el año 2009, Wilma Freire, como investigadora principal; El Programa Aliméntate Ecuador del Ministerio de Inclusión Social conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); el Ministerio de Salud Pública, La Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica y Gerontología y la Universidad San Francisco de Quito, realizó un estudio con la aplicación de la “Encuesta Sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE), cuyo objetivo es describir y analizar las condiciones de salud, nutrición, cognitivo, estado funcional, acceso y uso a medicamentos, existencia de redes de apoyo familiar y social, la historia laboral, acceso y uso a servicios y condiciones de la vivienda, de la población ecuatoriana de adultos mayores; para que sirva de sustento al diseño de políticas, estrategias y programas (19). Dicha encuesta se aplicó a los adultos mayores de 60 años y más de 15 provincias de la costa y sierra, áreas rural y urbana, Quito, Guayaquil, pertenecientes a 10.368 viviendas; 6.100 adultos mayores, cuyos resultados fueron: La situación de salud y bienestar de los adultos mayores se

sitúa dentro del contexto de las redes sociales, especialmente a nivel de la familia. Los factores operativos que inciden en la formación y mantenimiento de estas redes son económicos, culturales, residenciales y afectivos.

En cuanto a la autopercepción sobre su salud el 53,3 % de adultos mayores la percibe como mala, seguido del 25,8 % buena, además demuestra que el deterioro físico y cognitivo afecta en gran porcentaje a las personas de este grupo, y aumenta de manera progresiva con la edad, hasta tal punto que uno de cada tres personas mayores de 75 años reporta un deterioro en la capacidad cognitiva, y uno de cada ocho adultos mayores en general dice haber experimentado un trastorno mental; cuatro de cada diez adultos mayores tienen sobrepeso, y además dos de cada diez son obesos; esta condición es más prevalente en mujeres que en hombres. Estos datos son consistentes con las proporciones de personas que sufren hipertensión o diabetes (19).

Los desórdenes nutricionales como sobrepeso y obesidad son representativos en personas que tienen un nivel socioeconómico bueno o muy bueno, en contraste con aquellas que viven en condiciones precarias o son indigentes.

Todo individuo experimenta en el proceso de envejecimiento una disminución paulatina y constante de la funcionalidad que está relacionada directamente con la edad, aunque en ocasiones este proceso es precoz apareciendo en personas de 60 años o menos. Las personas de 75 años en adelante refieren un mayor grado de dificultad para realizar las actividades cotidianas. Con respecto al género existe relación, pues tres de cada cuatro hombres mayores perciben su estado de salud como bueno y con respecto a las mujeres, una de cada cuatro percibe de igual manera.

El aumento en la esperanza de vida no significa que se ha logrado una adecuada calidad de vida, sino más bien existe un deterioro funcional, cognitivo de los individuos lo que los condiciona a ser víctimas de abandono, por parte de sus hijos y familiares, complicando aún más este estado.

2.2. Fundamentación Filosófica

Esta investigación lleva un enfoque filosófico basado en la Teoría de la desvinculación de Cumming y Henry (20) (21), también llamada del ‘desapego’,

describe al envejecimiento como un proceso inevitable, en el que muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompen y se altera la calidad de las que se mantienen. Teoría relacionada con el estudio actual estableciendo que el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproca entre los adultos mayores, su familia y la comunidad, desvinculación provocada ya sea por sí mismo o por la sociedad.

La desvinculación se producirá en dos frentes: el externo/social y el interno/psicológico. En cuanto al externo, se propone la teoría de una retirada, necesaria y motivada, del contexto social por parte del individuo mayor; en cuanto al interno/psicológico, el anciano presumiblemente queda liberado de las normas interiorizadas a lo largo de su ciclo vital que determinan el comportamiento adecuado en la sociedad. El individuo que envejece e intenta mantenerse socialmente activo, pagaría un precio psicológico en forma de una menor satisfacción en cambio el individuo que se deja llevar por la corriente experimentará una sensación de liberación y una moral más alta.

Se basa además en la Teoría de la continuidad (21) , que se centra en la capacidad de ajuste y adaptación del adulto mayor, en su nuevo período de vida tomando en cuenta su personalidad (se cree que conociendo su personalidad se puede predecir las condiciones de su proceso de envejecimiento), los investigadores plantean 4 tipos de personalidades integradora, defensiva, pasiva-dependiente, no integradora. Según esta teoría se envejece tal y como se ha vivido, la mejor manera de saber cómo el sujeto va a reaccionar ante su jubilación u otros acontecimientos es considerando su conducta a lo largo de su vida.

2.3. Fundamentación legal.

Internacionalmente los derechos de los adultos mayores se mencionan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez”. Sin embargo en los países de América Latina las normas de protección de los adultos mayores son de reciente aplicación y cumplimiento, pues se inician a finales de la década de los 80.

Constitución de la República del Ecuador, 2008 (22).

Conforma el marco legal, conceptual y ético que refleja una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades. Reconoce al adulto mayor como un grupo de atención prioritaria, mientras que la de 1998 las concebía entre los grupos vulnerables.

Art. 1. Igualdad y no discriminación (22).

Art. 11, literal 8, expresa que los derechos se desarrollarán de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio (22).

Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.

El enfoque de derechos y de justicia que atraviesa y guía la construcción de la Agenda de política para personas adultas mayores es una medida para corregir las desigualdades e injusticias sufridas por hombres y mujeres mayores de 65 años. Esto repercute negativamente en el desarrollo integral de nuestra sociedad (22).

Art. 35. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria (22).

Art. 3 y 37. Derechos de las personas adultas y adultos mayores (22).

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad” (22).

Art. 38. Obligaciones del Estado respecto a las personas adultas mayores (22).

Art. 42. Prohibición de desplazamiento arbitrario (22).

Art. 51. Derechos de las personas privadas de libertad (22).

Art. 62 y 95. Derechos políticos de las personas adultas mayores (22).

Art. 66. Derechos de libertad: vida libre de violencia (22).

Art. 81. Derecho de protección: acceso a la justicia (22).

Art. 83. Deberes y responsabilidades (22).

Art. 193. Defensoría pública (22).

Art. 347. Educación: erradicar el analfabetismo y apoyar a los procesos de post-alfabetización y educación permanente (22).

Art.341. Protección integral (22).

Art. 363. Atención integral de la salud (22).

Art. 363 y 369. Seguridad social (22).

Ley del Anciano, 1991

Tiene como objetivo primordial garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure salud corporal y psicológica, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales como bonificaciones, disminución de aranceles, excepción a multas, etc, necesarios para una vida de calidad donde sus necesidades sean satisfechas (23).

Ley Orgánica de Elecciones, 2000

Determina para las personas adultas mayores el voto voluntario.

Ley de Régimen Tributario Interno, 2004

Determina en detalle los impuestos obligatorios que deben recaudarse en el país, generados en el ejercicio de su profesión o negocio, así como las exenciones y deducciones, detalla quienes están sujetos a pagos, créditos tributarios, sanciones en caso de evasivas y norma los procedimientos de control. En el caso de los adultos mayores y discapacitados señala las exenciones a las que tienen derecho por su ciclo o condición, considerándose una gran ayuda para este sector vulnerable.

Ley Orgánica de Salud, 2006

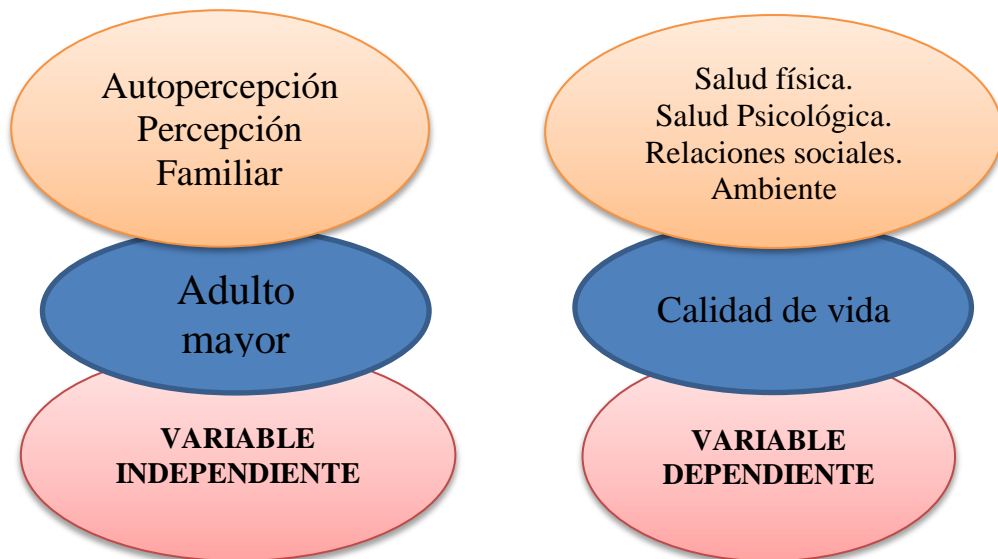
Esta ley ratifica los derechos de los pacientes y de entre ellos se resalta el que dice que tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad sin ser rechazado por la etnia, escolaridad, área geográfica de origen, orientación sexual, religión o política; además el Estado propiciará el interés nacional sobre enfermedades catastróficas raras o aisladas y si llegara a padecer el adulto mayor se lo considerará como una persona con doble vulnerabilidad; situación que es beneficiosa para este grupo poblacional.

La Propuesta de la Política Pública para personas adultas mayores impulsa, como valor supremo, el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y, por tanto, a los derechos que de ellos se desprenden. Pero, sobre todo, atenderá al

fortalecimiento de las relaciones familiares para que los adultos mayores sean asumidos por sus hijos, hijas, nietos, nietas y todos los integrantes de la familia que ellos engendraron. Por lo tanto, la Agenda de la política para personas adultas mayores procurará que ella, las instituciones, organizaciones, familia y el entorno social en general, apoyen y garanticen la integridad y el bienestar físico y psicosocial, es decir una buena calidad de vida.

Las leyes, políticas, artículos se han ido modificando permanentemente; están orientados a la gestión que mediante la planificación e inversión contribuyen al bienestar de la sociedad en general. Estos cambios se amparan en la Constitución Política del Ecuador aprobada en el 2008, y en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 ahora Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013 – 2017.

2.4. Categorías fundamentales



Adulto mayor.

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Comprende los 65 años o más según la Organización Mundial de la Salud (24), (25).

Calidad de vida.

Existe un sin número de conceptos sobre calidad de vida, siendo el más significativo el vertido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), calidad de vida es: *“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”* (24) (25).

“Calidad de vida, es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud, a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores” (16) (24) (26).

Calidad de vida en el adulto mayor.

La calidad de vida en el adulto mayor según Ana Luisa Velandia es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” (16) (24) (26).

Familia.

Según autores brasileños la familia es la que proporciona los aportes afectivos y materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de cada uno de sus miembros, desempeña un rol importante y definitivo en la educación informal y formal , es ahí donde sus integrantes aprenden y enseñan valores éticos y humanísticos, se

desarrolla la capacidad de afrontar problemas, se profundizan los lazos de solidaridad. Es en su interior donde se construyen los límites intergeneracionales y los valores culturales (27) (28).

Louro Isabel, Zurro M. Ratifican que es la célula fundamental de la sociedad, formada por la unión matrimonial y los lazos de parentesco existentes, en las relaciones de esposo y esposa, padres e hijos, hermanos, abuelos, y otros parientes que vivan bajo un mismo techo y administren en común la economía doméstica (29) (30) (31).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la familia como el «grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado, por lo general, al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos» (24). Esta definición ha quedado desfasada, ya que las modificaciones, las parejas homosexuales de hecho o derecho, el retraso de la salida de los hijos del hogar, entre otros cambios, han dado lugar a una nueva y más amplia dimensión de lo que se entiende por familia.

El concepto de familia se enriquece al adquirir un claro contenido social, al apreciar que en muchos de sus cambios estructurales y funcionales intervienen factores socioeconómicos. Al hilo de este enfoque puede definirse la familia como una forma de organización grupal, intermedia entre la sociedad y el individuo, que responde a la clase social a la que pertenece.

Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en: biosocial, económica, cultural y afectiva, educativa (29) (30) (31).

El ser humano no puede vivir a plenitud estando aislado, pues tiene el instinto gregario muy desarrollado y necesita de su familia, sobre todo y entre otras cosas, cuando se propone llegar a los 120 años con una calidad óptima (32).

Percepción.

Con respecto a la percepción se emiten varios conceptos y definiciones que han ido modificándose y evolucionando con la implicación de las experiencias y los procesos internos e individuales de cada individuo.

El planteamiento ecologista de Gibson defiende la teoría de que la percepción es un proceso simple; la información proviene de un estímulo externo que no necesitan de un procesamiento lógico interno posterior. Este planteamiento surge del supuesto de que las leyes naturales subyacentes en cada organismo son la clave de la supervivencia, siendo la aupercepción la clave para aprender y discernir lo bueno y lo malo, lo que le sirve o no, es así que el hombre solo percibe lo que puede aprender (30) (34).

Autopercepción

De acuerdo con las teorías de Autopercepción de Burns (1990), el autoconcepto se interpreta como conceptualización de la propia persona, siendo así considerado como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas, puesto que, las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo posee, son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única (30) (34). En este contexto, el elemento autopercepción en sus múltiples versiones, puede ser abordado como autoimagen, autoconcepto entre otros; pues presentan componentes básicos como son: cognitivos y descriptivos de sí mismos y, autoestima, para denotar aspectos evaluativos - afectivos. Autopercepción, como imagen refleja experiencias y su interpretación. Autopercepción, como autoconcepto es más concreto, referido a lo físico, social, emocional y académico; por consiguiente una pluralidad de aspectos y dificultad de unificación de la personalidad, lo cual nos lleva a la presencia de la multifrenia. Menester es la autoestima y la autovaloración, ya que el individuo se examina en sus actos, en sus capacidades y atributos, para enunciar sus criterios y valores personales que emanan de su interior.

Funcionamiento familiar.

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que posibilita a sus miembros cumplir con éxito razonable los objetivos y funciones asignados por la historia y la sociedad, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.

- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

El funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas entre los miembros de la familia, se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.

La evaluación del funcionamiento familiar se realiza a través de la aplicación de la prueba FF-SIL que se enfoca en varias categorías como:

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones (31) (35).

2.5. Hipótesis

Existe correspondencia entre la autopercepción del adulto mayor con la percepción familiar sobre su calidad de vida en el ER 12, La Victoria, año 2016.

2.6. Señalamiento de variables de la hipótesis

2.6.1 Objetivo de estudio: Adulto mayor y calidad de vida.

2.6.2 Variable independiente: Autopercepción y percepción familiar.

2.6.3 Variable dependiente: Calidad de vida.

2.6.4 Término en relación: Identificación.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, cuantitativo, se aplicó instrumentos y medidas de resumen cuantitativas.

3.2. Modalidad básica de la investigación

La investigación fue de campo, con información obtenida mediante el uso de fichas familiares, aplicación de la encuesta de percepción de calidad de vida (WHOQOL BREF).

3.3. Nivel o tipo de investigación

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y diseño transversal en la población de adultos mayores y sus familias.

3.4. Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 70 adultos mayores (65 años y más) y sus familias del sector ER 12 de la parroquia La Victoria, Cantón Pujilí, provincia Cotopaxi, 2015-2016.

No se realizó muestreo por lo que la población total fue el universo del estudio.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 65 años en adelante, que vivan en el ER 12 de la parroquia La Victoria, que estén aptos mentalmente y deseen participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que viven solos y no tienen a sus familias en territorio cercano para aplicación de la encuesta.

3.4. Consideraciones éticas.

En todos los momentos de la investigación se aplicaron los principios de autonomía y beneficencia porque tanto al adulto mayor como a su familiar se les informó de manera sencilla y clara los objetivos de la misma, asegurándoles su privacidad y anonimato; permitiéndoles decidir su participación o no. Afirmando con la firma del consentimiento informado. (Anexo 1).

3.5. Operacionalización de variables

TABLA 1 Caracterizar las dimensiones personales de los adultos mayores en el ER 12 de la parroquia La Victoria en el 2015-2016.

DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICAS INSTRUMENTOS /
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	65-74 75-84 85-94 95 Y más	Encuesta/cuestionario
	Sexo	Hombre Mujer	Encuesta/cuestionario
	Estado civil	Soltero Casado Unido Separado Viudo	Encuesta/cuestionario
	Nivel educativo	Analfabeto Educación Básica Primaria Ciclo básico Bachillerato Superior	Encuesta /cuestionario
	Etnia	Mestizo Blanco Indígena Montubio Mulato	Encuesta / cuestionario

Elaborado por: Patricia Borja

Calidad de vida.- Percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive.

TABLA 2. Autopercepción del adulto mayor y percepción familiar sobre la calidad de vida.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICAS / INSTRUMENTOS
SALUD FÍSICA	Dolor físico	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario
	Tratamiento médico	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario
	Energía	Nada Un poco Moderado Bastante Totalmente	Encuesta / cuestionario
	Desplazamiento	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario
	Sueño	Nada Poco Lo normal Bastante satisfecho. Muy satisfecho.	Encuesta / cuestionario
	Habilidad	Nada Poco Lo normal Bastante satisfecho. Muy satisfecho	Encuesta / cuestionario
	Trabajo	Nada Poco Lo normal. Bastante satisfecho Muy satisfecho	Encuesta/ cuestionario

Salud Psicológica

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICAS / INSTRUMENTOS
SALUD PSICOLÓGICA	Disfrute de la vida	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario
	Sentido de la vida	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario
	Capacidad de concentración	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario
	Apariencia física	Nada Un poco Moderado Bastante Totalmente	Encuesta / cuestionario
	Satisfacción de sí mismo	Nada Poco Lo normal. Bastante Satisfecho. Muy satisfecho	Encuesta / cuestionario
	Sentimientos negativos	Nunca Raramente Medianamente Frecuentemente Siempre	Encuesta/ cuestionario

Relaciones Sociales

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICAS INSTRUMENTOS /
RELACIONES SOCIALES	Relaciones personales	Nada Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho	Encuesta / cuestionario
	Vida sexual	Nada Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho	Encuesta / cuestionario
	Apoyo	Nada Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho	Encuesta/ cuestionario

Ambiente.

AMBIENTE	Seguridad	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario
	Ambiente físico	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario
	Dinero	Nada Un poco Moderado Bastante Totalmente	Encuesta / cuestionario
	Información	Nada Un poco Moderado Bastante Totalmente	Encuesta / cuestionario
	Actividades de ocio	Nada Un poco Moderado Bastante Totalmente	Encuesta / cuestionario
	Condiciones del lugar de residencia	Nada Poco Lo normal. Bastante Satisfecho. Muy satisfecho	Encuesta / cuestionario
	Acceso a los servicios sanitarios	Nada Poco Lo normal. Bastante Satisfecho. Muy satisfecho	Encuesta / cuestionario
	Transporte	Nada Un poco Lo normal. Bastante Extremadamente	Encuesta / cuestionario

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia

3.6. Recolección de información.

Para la realización del trabajo de investigación se socializó con los adultos mayores y sus familiares sobre el levantamiento de la información, instrumentos a utilizar, además de la firma del consentimiento informado (Anexo 1) para su participación voluntaria en dicho estudio.

Para la recolección de datos se utilizó un modelo que incluyó la información del adulto mayor sobre su percepción y la de sus familiares acerca de la calidad de vida a través de la aplicación de la encuesta de percepción de calidad de vida (WHOQOL BREF) (13) (36), diseñada por la Organización Mundial de la Salud, aplicada en muchos estudios en varios países, se compone de 26 preguntas, 4 dominios, cuya escala de medición es ordinal con puntajes de 69 o menos, 70–99, 100-130, para baja, media y alta respectivamente.

Salud física: preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.

¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?

¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

¿Cuán satisfecho está con su sueño?

¿Cuán satisfecha está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria

¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Salud psicológica: preguntas 5, 6, 7, 11, 19, 26.

¿Cuánto disfruta de la vida?

¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

¿Cuál es su capacidad de concentración?

¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Relaciones sociales: preguntas 20, 21, 22.

¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Ambiente: preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

¿Cuán satisfecho está con su transporte?

La mencionada encuesta se aplicó de forma individual al adulto mayor y al familiar responsable de su cuidado, para evitar sesgos de información.

El instrumento descrito fue aplicado por la investigadora a través de visitas domiciliarias, a los adultos mayores y sus familiares.

Con los datos obtenidos se elaboró una estrategia de intervención educativa basada en la autopercepción y percepción familiar de la calidad de vida del adulto mayor, con el fin de mejorar la misma de manera continua y permanente en la población de estudio.

3.7. Plan de procesamiento de la información.

Los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos con campos creados para cada una de las variables, se utilizó Excel Microsoft Office 2013. El procesamiento de los datos tabulados estadísticos se realizó en Epidat versión 3.1. Se presentó la información tabulada, con análisis e interpretación respectiva, en medidas de frecuencia para variables cualitativas (absolutas y relativas, porcentaje en este caso) y medidas de resumen para variables cuantitativas (media).

Para identificar si existe igualdad o no entre la percepción del adulto mayor y la percepción de la familia, respecto a la calidad de vida, se aplicó la prueba del (X^2) Ji al cuadrado de homogeneidad, empleando el nivel de significación 0.05. Dicha prueba se realizó en el programa estadístico Epidat 3.0.

3.8. Consideraciones éticas.

Se considera una investigación sin riesgo, debido a que los participantes solo aportan datos a través de encuestas y no provoca daños físicos ni mentales.

Además la investigación no viola principio ético alguno y está de acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.

Para la práctica se solicitó el consentimiento informado antes de la aplicación del instrumento como se observa en el (Anexo 1)

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Cuando al plantear los objetivos iniciales de esta Tesis, que buscan determinar los niveles de calidad de vida percibida por los adultos mayores y sus familiares en el ER 12 de la parroquia La Victoria, cantón Pujilí, provincia Cotopaxi se pensó que la tarea suponía grandes dificultades, ya que calidad de vida es un constructo multidimensional que compromete ámbitos diversos que en mayor o menor medida influyen en la percepción y autopercepción de la misma. Con esta premisa se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal con enfoque cualitativo y cuantitativo en la población de adultos mayores.

Se excluyeron 97 adultos mayores, 47 pertenecen a hogares unipersonales, 30 no desearon participar en la investigación y 20 se trasladaron a vivir en otras ciudades.

4.1. Características de la población.

La investigación se realizó en el sector ER 12 de la Parroquia La Victoria que se compone por 4 barrios: La Victoria Centro, Mulinlivi, San José y Santo Domingo, en el período de Enero a Junio del 2016, con 70 adultos mayores que pertenecen a 49 familias

Las características sociodemográficas que se priorizaron fueron: edad, sexo, escolaridad, etnia, estado civil, considerándolas marcadores de los autoconceptos.

4.1.1. Edad: es una categoría de periodificación no solo biológica, sino como un constructo sociocultural y simbólico que nos permite conocer la ubicación temporal de una población de un lugar determinado, según la cultura y la cosmovisión (37) (38).

4.1.2. Sexo. Es la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres (37) (38) (39).

TABLA 3. Distribución de adultos mayores según grupo de edad y sexo en el ER 12 La Victoria 2015-2016.

Grupo de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
65-74	15	51,7	27	65,9	42	60
75-84	10	34,5	6	14,6	16	22,9
85-94	4	13,8	7	17,1	11	15,7
95 y más	0	0	1	2,4	1	1,4
Total	29	100	41	100	70	100

Fuente: encuesta

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

La tabla 3 muestra la distribución de los adultos mayores por grupo de edad y sexo, nótese que el grupo más representado fue el de 65-74 años con 60%, (42) seguido de 75-84 años con 22.9%, (16), a predominio del sexo femenino con 41 participantes de un total de 70.

Datos similares a los encontrados por Azpiazu M. et al. (40). En su estudio de Calidad de Vida en adultos mayores de 65 años, no institucionalizados en Madrid, donde el grupo más representativo correspondió a la edad de 65 a 74 años con una media de 69 años, y con predominio del sexo femenino con el 59%.

4.1.3. Escolaridad

TABLA 4. Distribución de adultos mayores según nivel de escolaridad en el ER La Victoria 2015-2016.

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	16	22,9
Alfabetización	3	4,3
Primaria	42	60,0
Secundaria	8	11,4
Superior	1	1,4
Total	70	100,0

Fuente: encuesta

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

La tabla 4 expone el nivel de escolaridad de los adultos mayores, donde el nivel primario alcanzó el 60% (42), seguido del analfabetismo con el 22,9% (16), cabe recalcar que el 11,4% alcanzaron el nivel secundario.

Los resultados expuestos coinciden con los estudios realizados por Gutiérrez A. et al, (41) en su estudio Percepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor realizado en Tenjo, Colombia en el año 2016, quien inician su discusión haciendo énfasis en las características de la población estudiada.

Existe una discordancia total con los resultados obtenidos por Figueroa L, et al en su estudio Calidad de Vida y apoyo social percibido en adultos mayores, en Cuba, cuyos participantes pertenecían a un círculo de abuelos; donde el dato predominante fue que habían terminado sus estudios universitarios.

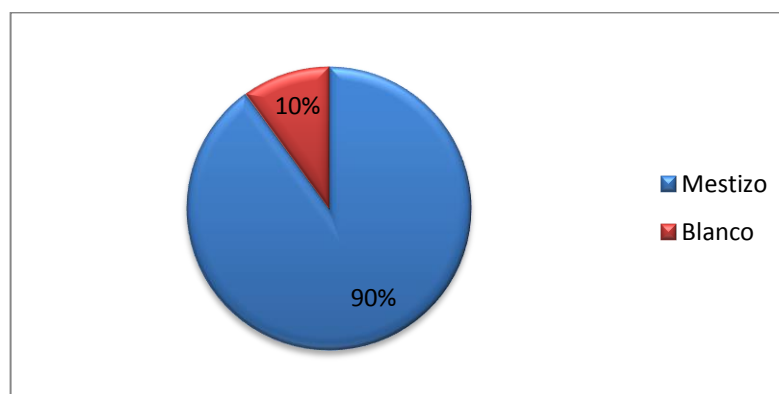
En el Ecuador desde siempre se ha trabajado por la inserción en el sistema educativo de todas las personas, pero es en la última década donde el gobierno transformó el sistema y lo hizo totalmente gratuito, eliminando así una barrera importante que limitaba el nivel de escolaridad en la población, esto a la vez ha permitido que hayan cambios en la cultura y creencias de la gente asimilando la educación como un pilar en el desarrollo humano.

4.1.4 Etnia.

Significa pueblo o nación. Se trata de una comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí.

Ecuador es una nación multiétnica y pluricultural, marcada por la presencia de mestizos, montubios, indígenas, afro-ecuatorianos y blancos, con características propias; están distribuidos en todas las regiones no siendo la excepción el cantón Pujilí.

GRÁFICO 1. Distribución de adultos mayores según etnia en el ER La Victoria 2015-2016.



Fuente: Tabla 4.3 Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

En el gráfico 1, de distribución de los adultos mayores según su etnia se aprecia que el 90% (63) se autoidentifican como mestizos, seguido del 10% (7) blancos, sin datos para la etnia indígena, montubio y afro-ecuatoriana.

Pienso que los resultados obtenidos se deben a que esta característica se obtiene desde la autoidentificación, es así que puede haber indígenas que se identifiquen como blancos, etc. Las personas que se autoidentifican como indígenas tienen sus domicilios en el sector ER 11 de la parroquia en la comunidad de Collantes.

4.1.5 Estado civil.

TABLA 5. Distribución de los adultos mayores según estado civil en el ER 12 La Victoria 2015 – 2016.

Estado civil	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Soltero	0	0	1	3	1	1,4
Casado	28	87,5	22	58	50	71,4
Unido	1	3,1	2	5	3	4,3
Viudo	3	9,4	13	34	16	22,9
Total	32	100	38	100	70	100

Fuente: encuesta

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

En la tabla 5 se observa que el 71,4% (50) de los adultos estaban casados al momento de la investigación, seguida de la viudez con 22,9% (16), siendo el sexo femenino el más representado con 38 participantes, sin embargo en el sexo

masculino los adultos casados fueron los más representados con el 40% (28), los adultos que tenían como estado civil soltero fue el menos representado 1,4% (1).

El 71.4% de adultos mayores que se encuentran casados, lo están con personas de similar edad, por tanto están al cuidado de un familiar de menor edad, generalmente hijas.

4.1.6 Calidad de vida.

Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; así, para el caso de Ecuador las expectativas actuales son 75.2 años: 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la población femenina, con una proyección para el 2050 de 80,5 años. Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado.

Es así que desde hace décadas atrás se despertó el interés por conocer que es la calidad de vida emitiéndose varios conceptos y de los cuales el más representativo para este estudio es el referido por la Organización Mundial de la Salud que dice que *“Calidad de vida es la la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”* (24) (41), (42).

En este contexto se diseñaron varios instrumentos para evaluar la calidad de vida como: Cuestionario breve de calidad de vida (CUBRECAVI) que investiga salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sociales y sanitarios, con 180 ítems (43). Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos mayores (ENCANAVI), diseñada en Chile en el año 2009 por la Pontificia Universidad Católica de Chile; World Health Organization

Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD) diseñada por la Organización Mundial de la Salud; Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE), entre otros. Tomando en cuenta las características de los adultos mayores, el poco interés de participar en estudios ya que casi nunca o nunca lo han hecho, se toma en cuenta además el tiempo que se requiere para la aplicación del instrumento ya que un cuestionario amplio genera distracción o respuestas por compromiso, se decidió utilizar para este estudio el cuestionario WHOQOL-BREF, por que investiga la percepción de la calidad de vida en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente; es corto está compuesto por 26 preguntas, la 1 y 2 se analizarán individualmente y las restantes se agrupan en las 4 dimensiones descritas; preguntas que se aplicaron a los adultos mayores y a sus familiares en el afán de establecer la autopercepción y la percepción respectivamente y sus diferencias.

TABLA 6. Puntuación de la calidad de vida según los adultos mayores y sus familiares en el ER 12 La Victoria 2015 – 2016.

Familiar	Adulto mayor										Total	
	Muy mal	%	Poco	%	Lo normal	%	Bastante Bien	%	Muy bien	%		%
Muy Mal	4	5,7	0	0	0	0	1	1,4	0	0	5	7,1
Poco	0	0	7	10	9	12,9	0	0	0	0	16	22,9
Lo normal	0	0	7	10	13	18,6	8	11,4	1	1,4	29	41,4
Bastante bien	0	0	0	0	11	15,7	7	10	1	1,4	19	27,1
Muy bien	0	0	0	0	1	1,4	0	0	0	0	1	1,4
Total	4	5,7	14	20	34	48,6	16	22,9	2	2,9	70	100

p<0,001

Fuente: encuesta

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

El 41.4% de los familiares considera normal la calidad de vida del adulto mayor, mientras que el 48.6% de los adultos refirió lo mismo, el 27.1% y 22.9% de los familiares argumentaron que la calidad de vida es bastante bien y poco respectivamente, al evaluar la percepción de los adultos el 22.9% dijo que la calidad de vida es bastante bien; la percepción de familia y adulto sobre la calidad de vida referente al indicador muy bien fue similar con 1.4 y 2.9%

respectivamente; existiendo significación entre la percepción sobre la calidad de vida del adulto mayor y los familiares con una $p < 0,001$.

Datos similares se evidencian en los estudios de Torres M (13), en su estudio Calidad de adultos mayores pobres de viviendas básicas, realizado en Chile en el año 2011 y Sigüenza M (44), en su estudio Calidad de vida en el Adulto Mayor en las parroquias rurales de Cuenca en el 2013; donde el 51% y 61% refirió que su calidad de vida es normal.

Al mirar la tabla y contemplar datos similares tanto en las respuestas de los adultos mayores y sus familiares se podría decir que pudo haber algún tipo de influencia de los familiares en las respuestas de los adultos mayores o viceversa; pero se descarta esta posibilidad ya que las encuestas fueron aplicadas de manera individual y en ambientes diferentes para evitar sesgos en la información.

4.1.6.1 Salud. *"Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*(45).

TABLA 7. Satisfacción de la salud según los adultos mayores y sus familiares en el ER 12 La Victoria 2015 – 2016.

Familiar	Adulto mayor									
	Muy insatisfecho	%	Poco insatisfecho	%	Lo normal	%	Bastante satisfecho	%	Total	%
Muy insatisfecho	4	5,7	2	2,9	0	0	0	0	6	8,6
Poco insatisfecho	7	10	9	13	4	5,7	3	4,3	23	32,9
Lo normal	7	10	8	11	10	14,3	4	5,7	29	41,4
Bastante satisfecho	0	0	5	7,1	6	8,6	0	0	11	15,7
Muy satisfecho	0	0	0	0	1	1,4	0	0	1	1,4
Total	18	25,7	24	34,0	21	30,0	7	10	70	100

$p < 0,001$

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

La percepción de los adultos mayores y sus familiares sobre la satisfacción con la salud de los ancianos estuvo reflejado en la tabla 4.6, observando que el 41.4% (29) de los familiares refiere que la satisfacción con la salud fue normal, seguido

del 32.9% (23) que la consideró poco insatisfecho, sin embargo el 34.3% (24) de los adultos refirió estar poco insatisfecho seguido del 30% (21) que se encontraba normal. Llama la atención que el 25,7 % de los ancianos estaban muy insatisfecho con su salud en relación al resultado de los familiares que refieren solo el 8,6%. Se realizó (X^2) Ji al cuadrado de homogeneidad lo que indica que existe asociación entre la autopercepción de los adultos mayores y sus familiares sobre la satisfacción con la salud con una $p < 0,001$.

En el estudio de Sigüenza M (44), se evidenció que el 48,6% de adultos mayores referían como normal la satisfacción con la salud lo cual difiere del presente estudio ya que tan solo el 30% contestó como normal, difiere además del estudio Calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores de una clínica de medicina familiar en México en el año 2011 realizado por González A. (1), donde el 81% de los adultos mayores refiere alta satisfacción con su salud, mientras que en el estudio de Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar de oriente, México 2011, realizado por Peña B. (14), el 20% refirió sentirse nada satisfecho con su salud y de estos el 20,4% estaba totalmente insatisfecho con las relaciones mantenidas con sus hijos.

4.1.7 Salud Física se define como la condición en la que se encuentra el cuerpo. Cuando el cuerpo funciona de la forma para la cual fue diseñado, está en buena salud física (45) (46) (47).

Es la primera dimensión que evalúa el cuestionario WHOQOL-BREF compuesta por 7 preguntas que se refieren al dolor físico, tratamiento médico, energía suficiente, capacidad de desplazarse, satisfacción con el sueño, habilidad para realizar las actividades y capacidad de trabajo, que se evalúan con 5 opciones puntuadas del 1 al 5 que sumadas al final el mayor puntaje es de 35 y el menor 7, por tanto se optó por agruparlas en una nueva escala así:

MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
7 - 14	15-21	22-28	29-35

TABLA 8. Salud física del adulto mayor, autopercepción y percepción familiar. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Familiar	Adulto mayor						Total	%
	Mala 7-14	%	Regular 15-21	%	Buena 22 - 28	%		
Mala 7-14	1	1	4	6	0	0	5	7,0
Regular 15-21	0	0	35	50	12	17	47	67,0
Buena 22 - 28	0	0	9	13	9	13	18	26,0
Total	1	1,0	48	69,0	21	30,0	70	100

p<0,001

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

La tabla 8 muestra la autopercepción de los adultos mayores y la percepción de los familiares con respecto a la salud física donde los adultos refieren que su salud es regular con el 69% (47) seguida del 30% (21) buena y 1% (1) mala, mientras que los familiares refirieron el 67%, 26% y 7% respectivamente. Llama la atención que ningún participante mencionó a la salud física como muy buena. Se realizó (X^2) Ji al cuadrado de homogeneidad demostrando que existe asociación entre la percepción del familiar con la autopercepción del adulto mayor sobre la salud física.

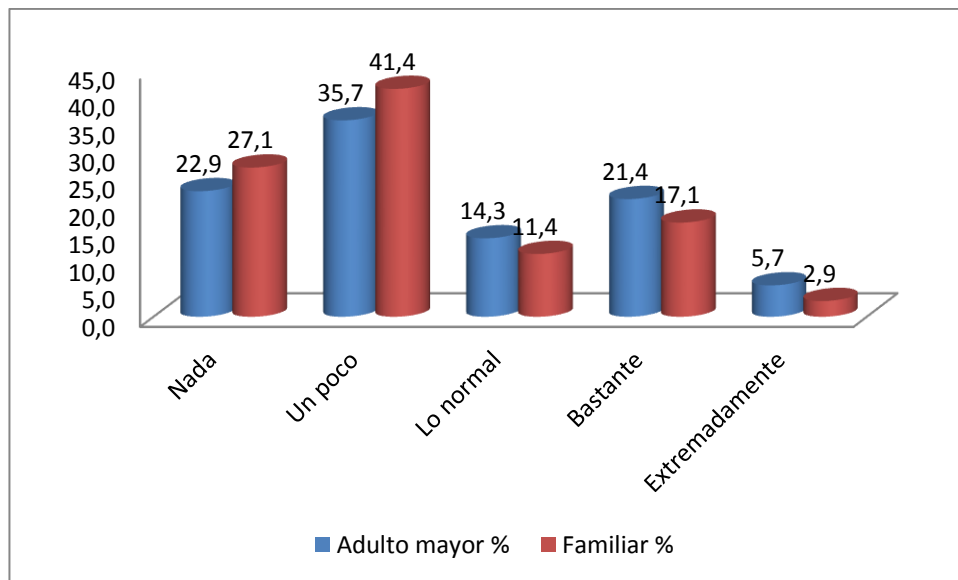
Los datos presentados difieren de los expuestos en el estudio de Torres M. (13) y en la investigación cuyo título fue Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida en México en el año 2012 realizada por Cerón M. (48) en donde el 65% de adultos mayores consideró como buena la salud física, el 22.5% regular y 12.5% mala.

Estos datos serían a causa de que la población de adultos mayores ha sido diagnosticada en algún momento de su vida de alguna patología crónica y por tal motivo ingieren medicamentos que han logrado compensarla, más sin embargo el hecho mismo de ingerir medicación, sentir cansancio, padecer los cambios propios de la edad los hace considerarse personas con mala salud física; de esto se genera la importancia de educar a la población sobre los cambios físicos, biológicos y psicológicos por los que atraviesa el adulto mayor y cómo enfrentarlos.

A continuación se presentan los porcentajes más representativos de las preguntas del primer dominio.

4.1.7.1 Dolor físico.

GRÁFICO 2. El dolor físico limita las actividades de la vida diaria del adulto mayor, auto percepción y percepción familiar ER 12. La Victoria 2015-2016.



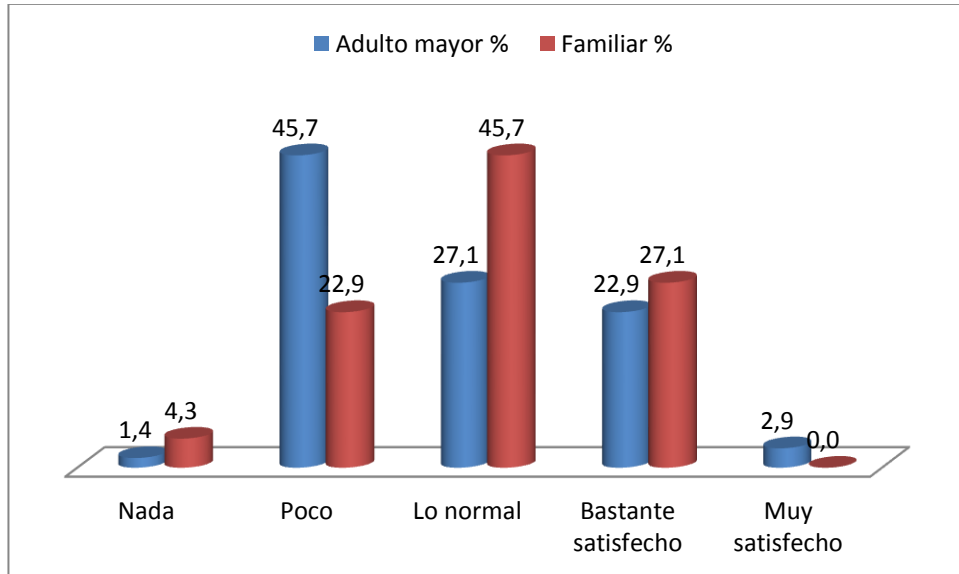
Fuente: tabla 8 Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

En el gráfico 2 se muestra la percepción familiar y auto percepción sobre si el dolor físico limita las actividades de la vida diaria donde el 41% (29) refirieron que un poco seguido del 27,1% (19) nada y los adultos mayores refirieron el 35%(25) para poco y 22,9% (15) para nada; llama la atención que en la opción extremadamente los porcentaje son muy bajos especialmente de los familiares con 2,9% (2).

Los datos señalados difieren del estudio de Sigüenza M. (44), donde el 36,9 % de los adultos mayores refirieron que el dolor físico los limita de manera normal, 32,9 % poco y 24,3% bastante.

4.1.7.2 Sueño

GRÁFICO 3. Satisfacción con el sueño autopercepción del adulto mayor y percepción familiar ER 12. La Victoria 2015-2016.



Fuente: tabla 4.9 Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

El gráfico 3 señala la satisfacción con el sueño percibida por los adultos mayores y sus familiares, donde el valor predominante es el 45,7% (32) adultos mayores refieren sentirse poco satisfechos mientras que 45,7% (32) de los familiares refirieron que los adultos se sienten normalmente satisfechos.

Estos valores difieren de los encontrados en el estudio de Sigüenza M.(44), donde el 60,9% de adultos mayores percibían que la satisfacción del sueño es normal.

Con estos datos se ve que hay una total discordancia entre la percepción de los adultos mayores sobre su sueño y la percepción de los familiares, situación que se generaría por falta de comunicación y por la poca importancia que se le da a este parámetro.

4.1.8. Salud psicológica

Esta dimensión consta de 6 preguntas que valoran cuánto disfruta de la vida, siente que su vida tiene sentido, capacidad de concentración, aceptación de su apariencia física, satisfacción de sí mismo, frecuencia de sentimientos negativos, cada una con 5 opciones puntuadas del 1 al 5; sumados los puntos da un valor de 30 como puntuación mayor y 6 menor, entonces se realizó una escala igual a la de salud física que abarca las 6 preguntas así:

MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
6 - 12	13-18	19-24	25-30

TABLA 9. Salud Psicológica del adulto mayor según la autopercepción y la percepción familiar. ER 12 La Victoria 2015-2016

Familiar	Adulto Mayor						Total	%
	Mala 6 - 12	%	Regular 13-18	%	Buena 19-24	%		
Mala 6 - 12	4	6	0	0	0	0	4	6
Regular 13-18	5	7	21	30	18	26	44	63
Buena 19-24	0	0	10	14	10	14	20	29
Muy Buena 25-30	0	0	1	1	1	1	2	2
	9	13	32	46	29	41	70	100

p<0,01

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

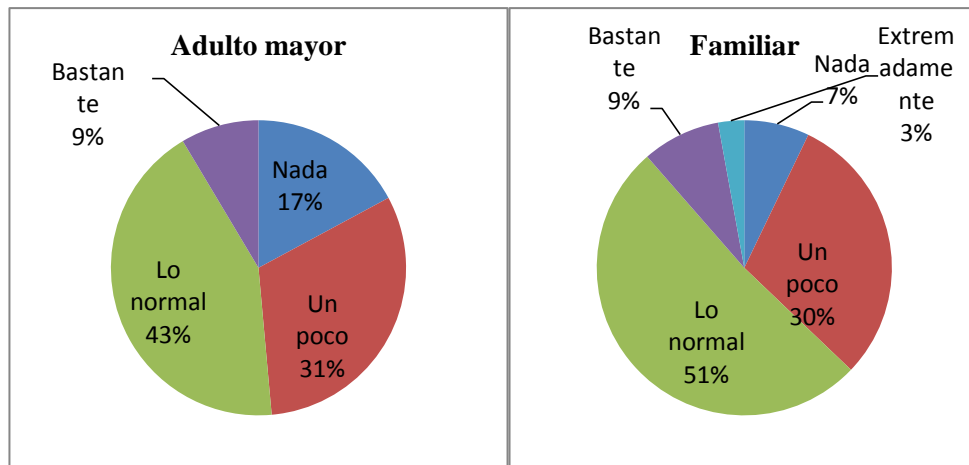
En la tabla 9 muestra la autopercepción de los adultos mayores y la percepción de los familiares sobre la salud psicológica, donde el 46% (32) de adultos mayores refirieron que es regular, seguido del 41% (29) buena, sin embargo los familiares refirieron el 63% (44) regular y 29% buena; llama la atención que ningún adulto percibe su salud psicológica como muy buena.

Los resultados expuestos difieren de los resultados de Torres M. (13), Cerón M. (48) y Flores M. et all. (49), en su estudio Investigación de la Calidad de Vida y Salud en Adultos Mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara-México 2012; donde el 60 a 80 % de adultos mayores perciben su salud psicológica como buena o muy buena. Pienso que esto se debe a que los estudios

mencionados se realizaron en instituciones o condominios dónde los adultos mayores poseen personas a su cuidado que les permiten participar de actividades lúdicas, físicas, etc. lo que les permite tener una mejor percepción.

4.1.8.1 Disfrute de la vida.

GRÁFICO 4. Percepción familiar y autopercepción sobre cuanto disfruta de la vida el adulto mayor. ER 12 La Victoria 2015-2016.



Fuente: tabla 11

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

En el gráfico 4 que muestra la percepción familiar y autopercepción del adulto mayor sobre cuanto disfruta de la vida el adulto mayor, se observa que el 17% (12) de adultos refirió nada, el 43% (30) lo normal en contraste con el 7% (5) y 51% (30) referido por los familiares.

El estudio de Sigüenza M en Cuenca muestra que el 1,7% refirió nada, el 63,4% lo normal por lo que no hay concordancia.

4.1.8.2 Aceptación de la apariencia física

TABLA 10. Aceptación de la apariencia física según el adulto mayor y su familiar, ER 12 La Victoria 2015-2016.

Familiar	Adulto mayor										Total	%
	Nada	%	Un poco	%	Moderado	%	Bastante	%	Totalmente	%		
Nada	4	6	1	1	0	0	1	1	0	0	6	8,57
Un poco	0	0	3	4	11	16	1	1	0	0	15	21,42
Moderado	0	0	3	4	14	20	9	13	2	3	28	40
Bastante	0	0	1	1	13	19	3	4	2	3	19	27,01
Totalmente	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	2	3
Total	4	6	8	11	38	54	16	23	4	6	70	100

p<0,001

Fuente: encuesta

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

La tabla 10 permite apreciar la autopercepción del adulto mayor y la percepción familiar de la aceptación de la apariencia física donde el valor más representativo corresponde al 54% (38) de adultos mayores que acepta moderadamente su apariencia física, el 6% (4) no la acepta, mientras que los familiares exponen un 40% (28) y 8,57% (6) para las mismas opciones.

Datos que concuerdan con los obtenidos en el estudio de Sigüenza M. (44) donde el 42% de adultos mayores refirieron aceptar moderadamente su apariencia física.

4.1.9. Relaciones Sociales.

El instrumento utilizado en el estudio aborda 3 preguntas valorando la satisfacción con sus relaciones personales, vida sexual y apoyo de los amigos, con 5 opciones cada una, puntuadas del 1 al 5 y sumadas dan un puntaje de 5, mínimo y máximo de 15, se aplicó igual escala que para la salud física y psicológica así:

MALAS	REGULAR	BUENAS	MUY BUENAS
3- 6	7 - 9	10 - 12	13 – 15

Tabla 10.1. Percepción familiar y autopercepción del adulto mayor sobre las relaciones sociales. ER 12 La Victoria 2015 – 2016.

Familiar	Adulto mayor								Total	%
	Mala 3-6	%	Regular 7-9	%	Buena 10-12	%	Muy Buena 13-15	%		
Mala 3-6	26	37,1	17	24,2	2	2,9	0	0	45	64,28
Regular 7-9	2	2,9	10	14,3	5	7,1	1	1,4	18	25,72
Buena 10-12	0	0	4	5,7	3	4,3	0	0	7	10
Total	28	40,0	31	44,2	10	14,3	1	1,4	70	100

p<0,001

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

En la Tabla 10.1 se aprecia la percepción familiar y la autopercepción del adulto mayor sobre las relaciones sociales donde el 44,2 % (31) de adultos mayores refirió como regulares, el 40% (28) malas, mientras que 64,28% (45) de los familiares calificaron como malas y regulares el 25,72% (18).

Torres M. en su estudio Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas realizado en Chile en el año 2011, expone que el 60,9% de adultos calificaron las relaciones sociales como buenas y el 32,5% muy buena, datos muy diferentes a los obtenidos en el presente trabajo.

Este dato se ve afectado drásticamente ya que la pregunta referente a vida sexual tuvo mucha dificultad, pues la mayoría de familiares se abstuvieron de contestarla, por lo que en un próximo estudio se deberá evaluar la aplicación de la misma.

4.1.10. Ambiente.

Para la valoración del dominio 4 que consta de 8 preguntas se procedió de manera similar realizando la sumatoria de puntajes máximo 40 y mínimo 8 así:

MALO	REGULAR	BUENO	MODERADO
8 - 16	17- 24	25 - 32	33 – 40

TABLA 11. Percepción y autopercepción del adulto mayor sobre el Ambiente. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Familiar	Adulto mayor						Total	%
	Malo 8-16		Regular 17-24		Bueno 25-32			
Regular 17-24	3	4,3	35	50	10	14,3	48	68,57
Bueno 25-32	1	1,4	6	8,6	13	18,6	20	28,58
Muy Bueno 33-40	0	0	0	0	2	2,9	2	2,85
Total	4	5,7	41	59	25	35,7	70	100

p<0,003

Fuente: encuesta

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

En la tabla 11, se observa que 59% (41) de adultos mayores percibe un ambiente regular, seguido del 35% (25) bueno, mientras que los familiares refirieron el 68,57% (48) y 28,58% (20) para regular y bueno respectivamente. Lo cual tras la aplicación del X_2 indica que hay asociación entre la percepción familiar y la autopercepción con una $p<0,003$.

Estos porcentajes difieren de los obtenidos en los estudios realizados por Torres M, Cerón M. (13) (48) donde alrededor del 68,5% perciben el ambiente como bueno.

TABLA 12. Distribución de la percepción familiar y autopercepción de los adultos mayores según frecuencias y porcentajes para el dominio 4 en el WHOQOL-BREF. ER 12 La Victoria 2015-2016.

SEGURIDAD	ADULTO MAYOR		FAMILIAR	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nada	5	7,1	5	7,1
Un poco	14	20	11	15,7
Lo normal	29	41,4	39	55,7
Bastante	22	31,4	14	20
Extremadamente	0	0	1	1,4
Total	70	100	70	100
AMBIENTE FÍSICO SALUDABLE				
Un poco	8	11,4	2	2,9
Lo normal	34	48,6	46	65,7
Bastante	28	40	19	27,1
Extremadamente	0	0	3	4,3
Total	70	100	70	100
DINERO SUFICIENTE				
Nada	1	1,4	2	2,9
Un poco	45	64,3	39	55,7
Moderado	21	30	25	35,7
Bastante	3	4,3	2	2,9
Totalmente	0	0	2	2,9
Total	70	100	70	100
INFORMACIÓN				
Nada	1	1,4	4	5,7
Un poco	24	34,3	18	25,7
Moderado	32	45,7	35	50
Bastante	11	15,7	11	15,7
Totalmente	2	2,9	2	2,9
Total	70	100	70	100

ACTIVIDADES DE OCIO	ADULTO MAYOR		FAMILIAR	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nada	7	10	9	12,9
Un poco	38	54,3	39	55,7
Moderado	14	20	12	17,1
Bastante	9	12,9	9	12,9
Totalmente	2	2,9	1	1,4
Total	70	100	70	100
CONDICIONES DEL LUGAR DÓNDE VIVE				
Nada	1	1,4	1	1,4
Poco	3	4,3	3	4,3
Lo normal	23	32,9	35	50
Bastante satisfecho	42	60	27	38,6
Muy satisfecho	1	1,4	4	5,7
Total	70	100	70	100
ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS				
Poco	15	21,4	21	30
Lo normal	46	65,7	25	35,7
Bastante satisfecho	8	11,4	20	28,6
Muy satisfecho	1	1,4	4	5,7
Total	70	100	70	100
TRANSPORTE				
Nada	1	1,4	1	1,4
Un poco	39	55,7	33	47,1
Lo normal	23	32,9	22	31,4
Bastante	7	10	13	18,6
Extremadamente	0	0	1	1,4
Total	70	100	70	100

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

En la tabla 12 se aprecian los resultados obtenidos para las 8 preguntas del dominio ambiente donde los datos más representativos corresponden a la categoría normal con el 41,4%(29) de adultos mayores y el 55,7% (39) de los familiares en relación a la seguridad de la vida diaria; con respecto al ambiente físico saludable lo refieren como normal el 48,6% (34) y 65,7% (46). Datos equivalentes se obtuvieron en relación a la información y acceso a servicios sanitarios.

Con respecto a la satisfacción con el dinero, actividades de ocio, transporte, los porcentajes más relevantes corresponden a la categoría un poco.

En cuanto a la satisfacción con el lugar donde vive el 60% (40) de adultos mayores está bastante satisfecha mientras que los familiares refirieron el 38,6%(27).

TABLA 13. Percepción de la calidad de vida y su relación con la edad de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Percepción de la calidad de vida	Edad								Total	%
	65-74	%	75-84	%	85-94	%	95 y más	%		
Baja 69 y menos	12	17	6	9	9	13	1	1	28	40
Media 70 - 99	30	43	10	14	2	3	0		42	60
Total	42	60	16	23	11	16	1	1	70	100

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

$$X_2 = 11,843, \quad gl = 3 \quad p < 0,008$$

La tabla 13 muestra la relación existente entre la edad y la percepción de la calidad de vida, así a menor edad mejor percepción de la calidad de vida de un grupo de 42 personas de 65 a 74 años, 30 (43%) la percibe como media, de un grupo de 11 personas de 85 a 94 años, 9 (13%) la percibe como baja.

TABLA 14. Percepción de la calidad de vida y su relación con el sexo de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Percepción de la calidad de vida	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Baja 69 y menos	10	14	18	26	28	40
Media 70 - 99	22	31	20	29	42	60
Total	32	45	38	55	70	100

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

$$X_2 = 20,781, \quad gl = 2 \quad p < 0,000$$

En la tabla 14 se observa claramente la relación de la percepción de la calidad de vida con sexo, de una población femenina de 38 (55%), 18 (26%) la perciba como baja mientras que el sexo masculino 22 (31%) la percibe como media.

TABLA 15. Percepción de la calidad de vida y su relación con el estado civil de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Percepción de la calidad de vida	Estado civil								Total	%
	Soltero	%	Casado	%	Unido	%	Viudo	%		
Baja 69 y menos	1	1	14	20	2	3	11	16	28	40
Media 70 - 99	0	0	36	51	1	1	5	7	42	60
Total	1	1	50	71	4	3	16	23	70	

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia

$$X_2 = 10,809, \quad gl = 3 \quad p < 0,012$$

La tabla 15 muestra datos relacionados con el estado civil y la calidad de vida, de un grupo de 50 personas casadas, 36 (51%) la perciben como media y del grupo de 16 personas viudas 11 (16) la perciben como baja.

TABLA 16. Percepción de la calidad de vida y su relación con el dominio 1 salud física de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Percepción de la calidad de vida	Salud Física						Total	%
	Mala 7-14	%	Regular 15-21	%	Buena 22 - 28	%		
Baja 69 y menos	1	1	27	39	0	0	28	40
Media 70 - 99	0	0	21	30	21	30	42	60
Total	1	1	48	69	21	30	70	100

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia

$$X_2 = 20,781, \quad gl = 2 \quad p < 0,000$$

La tabla 16 muestra que existe una relación estrecha entre la salud física y la percepción de la calidad de vida así. Quienes perciben su salud física como regular, perciben en su mayoría la calidad de vida como baja y los que perciben como buena la salud física percibe la calidad de vida como media.

TABLA 17. Percepción de la calidad de vida y su relación con el dominio 2 salud psicológica de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Percepción de la calidad de vida	Salud Psicológica						Total	%
	Mala 6-12	%	Regular 13-18	%	Buena 19-24	%		
Baja 69 y menos	9	13	19	27	0	0	28	40
Media 70 - 99	0	0	13	19	29	41	42	60
Total	9	13	32	46	29	41	70	100

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia

$$X_2 = 37,839, \text{ gl} = 2 \text{ p} < 0,000$$

En la tabla 4.20 se observa que el 100% de adultos mayores que perciben su salud psicológica como mala, percibe la calidad de vida como baja es decir que la relación es directamente proporcional.

TABLA 18. Percepción de la calidad de vida y su relación con el dominio 3 relaciones sociales de los adultos mayores. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Percepción de la calidad de vida	Relaciones sociales								Total	%
	Mala 3-6	%	Regular 7-9	%	Buena 10-12	%	Muy Buena 13-15	%		
Baja 69 y menos	26	37	2	3	0	0	0	0	28	40
Media 70 - 99	2	3	29	41	10	14	1	1	42	60
Total	28	40	31	44	10	14	1	1	70	100

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia

$$X_2 = 54,466, \text{ gl} = 3 \text{ p} < 0,000$$

La tabla 18 muestra una relación directamente proporcional entre la percepción de las relaciones familiares y la calidad de vida, es decir que si la percepción de las relaciones sociales es mala o regular que sumadas dan un 84% la percepción de la calidad de vida es baja y media que sumadas nos da un 100%, Se observa además que tan solo el 14% de los adultos mayores considera las relaciones sociales como buenas, este porcentaje se obtiene de los adultos mayores independientes que realizan sus actividades por sus propios medios.

TABLA 19. Percepción de la calidad de vida y su relación con el dominio 4 ambiente. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Percepción de la calidad de vida	Ambiente						Total	%
	Mala 8-16	%	Regular 17-24	%	Buena 25-32	%		
Baja 69 y menos	4	6	24	34	0	0	28	40
Media 70 - 99	0	0	17	24	25	36	42	60
Total	4	6	41	58	25	36	70	100

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia

$$X_2 = 28,537, \text{ gl} = 2 \text{ p} < 0,000$$

En las tablas 16, 17, 18 y 19 se evidencia que tras la aplicación la prueba estadística de X_2 nos dan resultados menores a 0,05 lo que demuestra que existe asociación de dependencia entre las diferentes variables analizadas.

4.2 Verificación de hipótesis.

Percepción de la calidad de vida.

TABLA 20. Autopercepción y percepción familiar sobre calidad de vida del adulto mayor. ER 12 La Victoria 2015-2016.

Familiar	Adulto mayor					
	Baja 69 y menos	%	Media 70 - 99	%	Total	%
Baja 69 y menos	17	24,3	12	17,2	29	41,5
Media 70 - 99	11	15,7	29	41,4	40	57,1
Alta 100 y más	0	0,00	1	1,4	1	1,4
Total	28	40	42	60	70	100

p<0,024

Fuente: encuesta Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

La tabla 20 muestra que el 60% (42) de adultos mayores refirieron que perciben su calidad de vida como media y el 40% (28) la percibe como mala, mientras que los familiares refieren el 57,1 % (40) para calidad de vida media y 41,5% (29) baja. Se aplicó la prueba de (X_2) Ji cuadrado de homogeneidad con 2 grados de libertad obteniendo una p<0,024, indicando que existe asociación entre la

autopercepción del adulto mayor y la percepción familiar; por tanto se acepta la hipótesis alternativa.

Llama la atención que ningún adulto mayor percibe como alta su calidad de vida.

Los datos expuestos difieren en gran medida con los datos obtenidos en el estudio de Torres M, donde los adultos mayores perciben su calidad de vida como media el 74,8%); alta 20% y baja 5,2%; similares condiciones se encontraron en el estudio de Sigüenza M.

Si comparamos con el estudio de Ordóñez L. (47) sobre percepción de la calidad de vida en Quito, donde muestra que el 46% de adultos mayores percibe como mala su calidad de vida y el 54% como media, son datos semejantes a los del presente estudio.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- Los adultos mayores que participaron en el estudio, se caracterizaron por pertenecer en mayor porcentaje al sexo femenino, al grupo de edad de 65 a 74 años, estado civil casado, nivel primario de escolaridad, datos que no difieren de los estudios realizados acerca de calidades de vida en el ámbito nacional, mientras que en lo internacional el nivel de escolaridad se ubica entre secundaria y superior.
- Existe una clara relación de dependencia entre las características sociodemográficas y la percepción de la calidad de vida, así: a menor edad, mejor percepción, con respecto a la escolaridad a mayor instrucción mejor percepción, en relación al estado civil las personas casadas perciben su calidad de vida como media. En cuanto al sexo el femenino percibe como baja la calidad de vida en mayor porcentaje.
- La autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor y la percepción de los familiares tuvo un comportamiento similar, aunque difiere en pequeña medida, pues el mayor porcentaje la percibe como media y el restante como baja, llama la atención que ningún participante tanto adulto como familiar percibe su calidad de vida como buena.
- Al analizar los resultados obtenidos en cada dominio se dice que existe una relación estrecha de estos, con la percepción de la calidad de vida, es decir al percibir la salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente como regulares o malas se reflejan en media o baja calidad de vida.
- Existen diferencias mínimas entre la percepción de los adultos mayores sobre su calidad de vida y la percepción que tienen sus familiares, diferencias numéricas pero que al analizarlas tienen similar

comportamiento entonces se sabe que existe asociación entre estas variables.

- La realización de este trabajo investigativo permitió crear una relación estrecha con la población de adultos mayores y sus familiares, brindando la oportunidad de continuar con la aplicación de la estrategia de intervención propuesta.

5.2. RECOMENDACIONES:

- Fortalecer el nivel de atención primaria concientizando a su personal en las acciones de promoción y prevención de salud, donde se aplique las leyes estipuladas sobre la atención prioritaria a los grupos vulnerables, dentro de los cuales se encuentran los adultos mayores que por sus características propias requieren de un trato diferenciado.
- Garantizar un trabajo intersectorial, a través de la conformación, seguimiento, capacitación y empoderamiento de las redes de apoyo, donde participarán las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales además de la población en general, entendiendo que cada una tiene corresponsabilidad en la preservación de la salud de los miembros de la comunidad.
- Este estudio debe aplicarse al resto de barrios y comunidades de la parroquia la Victoria, donde reside población que se autoidentifica como indígena, y de esta manera realizar un diagnóstico sobre la autopercepción y percepción familiar de calidad de vida de los adultos mayores de este sector, para aplicar la propuesta de intervención educativa planteada o desarrollar otra, según resultados.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Institución ejecutora

Sub Centro de Salud La Victoria

6.1.2. Beneficiarios

Adultos mayores y sus familiares del sector ER 12 – La Victoria

6.1.3. Entidad responsable

- Ministerio de Salud Pública
- Gobierno autónomo descentralizado (GAD parroquial).
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (Unidad de Gerontología)

6.1.4. Ubicación

Barrio La Victoria Centro, Parroquia La Victoria, Cantón Pujilí, Provincia de Cotopaxi.

6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

Inicio: Enero 2017 **Final:** Julio 2017

6.2. Antecedentes de la propuesta

En la provincia de Cotopaxi, cantón Pujilí, parroquia La Victoria sector ER 12, mediante la realización del Análisis Integral de la Situación de Salud se detectó

una población total de 1322 habitantes de los cuales el 12,6% eran adultos mayores, lo que nos indica que la población está en proceso de transición demográfica y supera las cifras nacionales para este grupo; tras la aplicación de la investigación de autopercepción del adulto mayor y la percepción de los familiares sobre la calidad de vida aplicada en 49 familias y 70 adultos mayores tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión se sabe que: El 60% de los adultos mayores perciben su calidad de vida como media y el 40% como baja, mientras que los familiares refirieron el 57,1 % para media y 41,5% para mala, viéndose reflejado en cada uno de los dominios que investiga este test.

En cuanto a la salud física la percepción de los adultos mayores corresponde al 69% para regular y el familiar refiere el 67%; en la salud psicológica fue percibida por los adultos como regular 46%, buena el 41%, mientras los familiares refirieron el 63% y 29% respectivamente. La percepción de los adultos en cuanto a relaciones sociales se registró como regular el 44,2% y malo el 40% habiendo una gran diferencia con la percepción de los familiares que refirieron 25,7% y 64,28% para regular y malo. En la percepción del ambiente predominó la opción regular tanto para adultos como para familiares con el 59% y 68,5% respectivamente.

Observando así que en todos, la percepción de la calidad de vida se relaciona directamente con el grado de percepción de los dominios evaluados es por esto que se justifica la necesidad de elaborar la presente estrategia de intervención educativa con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores desde su autopercepción y la percepción de la familia.

6.3. Justificación

A nivel mundial se está experimentando el fenómeno del envejecimiento con un incremento notable de la población de adultos mayores. Esta realidad visible y palpable genera retos importantes en los sistemas públicos y privados de salud, social, economía y demás. Situación que se constituye en el pilar fundamental de este trabajo a fin de identificar factores que ayuden a mejorar la calidad de vida de este grupo desde su percepción y desde la percepción de la familia.

La calidad de vida es un tema que se ha venido tratando desde la década de los 80 a alcanzado gran interés e importancia para el desarrollo social actual, por lo tanto a nivel mundial es un tema de investigación pero hasta el momento lo han realizado desde la perspectiva del adulto mayor dejando de lado la percepción de sus familiares (50) (51).

Tomando en cuenta estos enfoques, conociendo lo imperiosa necesidad de trabajar con los adultos mayores y basándonos en los datos obtenidos en el trabajo de investigación, surge la necesidad de crear una intervención educativa dirigida a los adultos mayores y sus familiares para mejorar su calidad de vida y elevar la autopercepción y la percepción familiar.

6.4. Objetivos

6.4.1. General

Implementar una estrategia educativa dirigida a los adultos mayores y sus familiares para mejorar la calidad de vida de los mismos en el Sector ER 12, La Victoria, enero- junio 2017.

6.4.2. Específicos

- Promover la participación activa del adulto mayor dentro de la familia y la sociedad.
- Incrementar conocimientos de hábitos saludables en el adulto mayor.
- Desarrollar habilidades cognitivas en el adulto mayor optimizando el funcionamiento del mismo.
- Fomentar la autoestima y la aceptación del proceso de envejecimiento.
- Concientizar a los familiares sobre la importancia del apoyo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor.
- Evaluar los conocimientos adquiridos al término de la estrategia educativa y dar a conocer a las autoridades de salud del Distrito Pujilí-Saquisilí como representantes locales del Ministerio de Salud Pública, para que exista continuidad.

6.5. Análisis de factibilidad

Esta propuesta de intervención es factible llevar a cabo, pues está dentro de las políticas establecidas por el Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, para su ejecución se cuenta con recursos físicos y humanos necesarios, concentrados en el Sub Centro de Salud La Victoria, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores a quienes va dirigida con el apoyo y participación de sus familiares.

Este estudio tiene factibilidad legal establecida en el código de Salud del Ecuador valorado por el Ministerio de Salud del Ecuador:

Art. 97. Toda persona está obligada a colaborar y a participar en los programas de fomento y promoción de la salud.

Art. 185.- La Dirección Nacional de Salud requerirá de todas las instituciones de salud, los datos estadísticos para centralizarlos y elaborarlos, a fin de satisfacer las necesidades de planificación y desarrollo de programas.

En cuanto a costos económicos no se considera que se requiera una inversión importante pues se realizará con recursos existentes en la unidad de salud, por lo que es factible de realizarse.

6.6. Fundamentación Teórico - Científica

La calidad de vida es un estado de bienestar, felicidad, satisfacción, de un individuo, lo que le permite ser un ente activo dentro de la sociedad, independiente, con apoyo de su familia y sociedad percibiendo como buena su vida. La percepción es subjetiva ya que tiene una relación directa con el entorno, la personalidad y la capacidad de adaptación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (24). Se trata de un concepto muy

amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (45).

La funcionalidad física y los problemas de salud son aspectos importantes y predisponentes de poseer o no una buena calidad de vida, se suman a estos los aspectos psicológicos como la autoestima, respeto por sí mismo los que le permiten desarrollar habilidades de sobrevivencia y protección que se han ido adquiriendo y formando a lo largo de su vida, dentro del entorno familiar, en el que habrá gran influencia de las experiencias vividas. Además la seguridad personal, los modos y estilos de vida adoptados dependen en gran medida de las costumbres y hábitos, conocimientos, valores morales, aspiraciones y esperanzas es decir de un plan de vida bien trazado desde la juventud (52) (53) (54).

La adopción de un estilo de vida saludable tiene gran influencia en la calidad de vida y longevidad del ser humano.

La ejecución de la presente propuesta, implica el compromiso de participación de las instituciones públicas y privadas como Ministerio de Salud, Ministerio de Inclusión Económica, GAD parroquial, Comité Local de Salud, adultos mayores y sus familiares; para lo cual se planificarán capacitaciones específicas sobre el tema a inicio de año y cuando lo amerite, dirigidas al personal de dichas instituciones por encontrarse laborando bajo contratos anuales y existir rotación permanente.

Esta estrategia tendrá una buena aceptación dentro de la parroquia ya que en la misma existe trabajo intersectorial que involucra organismos gubernamentales y no gubernamentales, Comité Parroquial de Salud, Comités barriales de salud, asociación de artesanos, asociación de transporte, voluntarios, que han venido desarrollando una gran labor con los adultos mayores; por tanto esta intervención será una acción más para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional. Es así que existen espacios destinados para la realización de las actividades programadas como el auditorium del centro de salud, parques, canchas, sala de los

adultos mayores de la unidad de Gerontología, pero principalmente existe el deseo de colaborar.

ACTIVIDADES.

➤ **Actividad 1.**

- **Tema:** Socialización de la estrategia educativa
- **Objetivo:** Despertar el interés de los adultos mayores y sus familiares para la participación en la estrategia.
- **Desarrollo:** Se realizará una convocatoria dirigida al personal de salud, miembros del comité local de salud, representantes del MIES, GAD parroquial, Junta de aguas para dar a conocer la estrategia y llegar a acuerdos y compromisos de apoyo.
- En un segundo momento se realizará la convocatoria dirigida a adultos mayores y sus familiares a una audiencia donde se explicarán los resultados del estudio “Autopercepción y Percepción Familiar de la Calidad de Vida del Adulto Mayor en el ER 12 La Victoria 2015-2016” y la estrategia de intervención educativa planteada.

➤ **Actividad 2.**

- **Tema:** Calidad de vida en el adulto mayor – Generalidades.
- **Objetivo:** Impartir conocimientos sobre Calidad de Vida, concepto, importancia, componentes.
- **Desarrollo:** Se realiza a través de una charla educativa, abarcando temas como: autoestima, concentración, participación social.

➤ **Actividad 3.**

- **Tema:** Cambios físicos en el adulto mayor.
- **Objetivo:** Identificar los cambios físicos propios de la edad.
- **Desarrollo:** Se realizará a través de un taller interactivo, en el cual abarcará temas como cambios físicos, psicológicos, biológicos y cómo enfrentarlos.

➤ **Actividad 4.**

- **Tema:** Estilos de vida saludable.

- **Objetivo:** Enseñar al adulto mayor y sus familiares sobre estilos de vida saludables.
 - **Desarrollo:** a través de una charla educativa se desarrolla temas importantes como alimentación saludable, higiene, ejercicio físico, salud sexual, actividades de ocio.
- **Actividad 5.**
- **Tema:** Ejercicio físico.
 - **Objetivo:** Enseñar al adulto mayor ejercicios físicos de estiramiento y fortalecimiento adecuados para la edad.
 - **Desarrollo:** a través de un taller donde se desarrolla mediante técnicas demostrativas con prácticas ejercicios básicos para la edad.
- **Actividad 6.**
- **Tema:** Apoyo familiar.
 - **Objetivo:** Orientar a los familiares del adulto mayor sobre la importancia del apoyo familiar y su influencia sobre la calidad de vida.
 - **Desarrollo:** Mediante lluvia de ideas en 2 grupos, adultos mayores y familiares, donde se llegará a conclusiones y compromisos, que se evaluarán al final de la intervención.
- **Actividad 7.**
- **Tema:** Actividades de entretenimiento.
 - **Objetivo:** Informar al adulto mayor sobre la importancia de las actividades recreativas para su vida.
 - **Desarrollo:** A través de un taller lúdico que permitirá enseñar a los adultos mayores a realizar actividades manuales ocupando su tiempo en actividades que les darán sentido a su vida.
- **Actividad 8.**
- **Tema:** Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades
 - **Objetivo:** Concientizar en el adulto mayor la importancia de la adherencia terapéutica y posibles complicaciones.
 - **Desarrollo:** Se lleva a cabo a través de una charla educativa, la misma que se enfoca como prioridad el acoplamiento a enfermedades crónicas,

aceptabilidad de su enfermedad, adherencias terapéuticas, acciones de rehabilitación y cuidado para discapacidades o limitaciones.

➤ **Actividad 9.**

- **Tema:** Disfrute de la vida.
- **Objetivo:** Educar en el adulto mayor sobre la importancia del disfrute de la vida.
- **Desarrollo:** Se lleva a cabo mediante una lluvia de ideas la temática de que significa disfrutar de la vida para el adulto mayor y que hacer para mejorarla.

➤ **Actividad 10.**

- **Tema:** Redes de apoyo
- **Objetivo.** Incentivar a la población a formar parte de las redes de apoyo.
- **Desarrollo:** Se procederá todo el personal involucrado a una corta caminata por el centro de la parroquia para invitar a los moradores de la parroquia a adherirse al trabajo con los adultos mayores.

➤ **Actividad 11.**

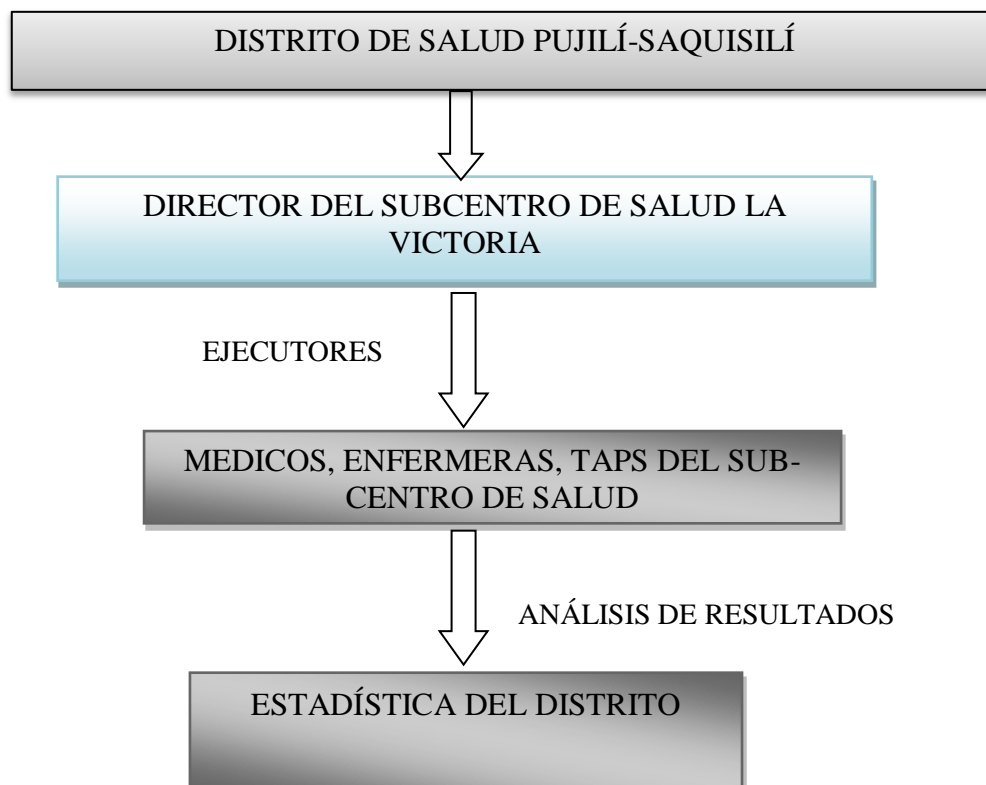
- **Tema:** Percepción de la Calidad de Vida por el adulto mayor.
- **Objetivo:** Conocer el nivel de percepción de la calidad de vida de los adultos mayores tras la estrategia de intervención.
- **Desarrollo:** Mediante la aplicación de la encuesta WHOQOL – BREF y comparación con resultados obtenidos previamente.

6.7. Modelo Operativo

FASES		METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	FECHAS
I PLANEACIÓN	Elaboración de una guía sobre la intervención educativa	Aplicación de la guía	Aplicación de la encuesta WHOQOL_BREF a los adultos mayores y sus familiares	Diagnóstico inicial sobre autopercepción y percepción familiar de la calidad de vida del adulto mayor	2015-2016
			Revisión bibliográfica	Guía: de intervención educativa para elevar la calidad de vida de los adultos mayores y sus familiares	ene-17
	Digitalización de la guía				
	Validación de la guía	Aplicar la intervención en la población de la Victoria Centro	Audiencia sanitaria, Charla educativa, taller interactivo, lluvia de ideas.	Factibilidad y aceptación de la intervención educativa por parte de los adultos mayores de La Victoria Centro	feb-17
II EJECUCIÓN	Empoderamiento de la estrategia por parte de los EAIS, ONGs, MIES, CLS	Lograr el empoderamiento sobre la estrategia en el 100% de los Equipos de Atención Integral en salud (EAIS) y representantes del MIES, GAD parroquial, CLS.	Capacitación, orientación, entrenamiento	Elevar el nivel de conocimiento sobre la estrategia y dominio de la misma en el 100% de los EAIS, ONGs, GAD, CLS	abr-17
	Aplicación de la estrategia a los adultos mayores y sus familiares en los barrios del ER 12 La Victoria.	Educar al 100% de adultos mayores y sus familiares en el ER 12 La Victoria sobre Calidad de vida	Capacitaciones, charlas educativas, lluvias de ideas, grupos focales	Elevar el nivel cultural de los adultos mayores y sus familiares. Elevar la esperanza de vida de los adultos mayores y sus familiares	mayo, junio, julio 2017
III EVALUACIÓN	Evaluar los resultados de la estrategia	100 % de actividades desarrolladas	Supervisión, monitoreo, control y seguimiento	Elevación de la calidad de vida de los adultos mayores y sus familiares.	jul-17
			Recolección de los datos y evidencias.		

Elaborado por. Patricia Elisabeth Borja Tapia.

6.8. Administración de la Propuesta



6.9. Previsión de la evaluación

Se realizará un monitoreo continuo de la ejecución de la estrategia con el afán de dar cumplimiento a los tiempos establecidos y la temática propuesta, el Director de la Unidad de salud será el responsable; mismo que no participará en la ejecución. Dicho monitoreo permitirá identificar los nudos críticos, y solucionarlos sobre la marcha.

Se buscará el apoyo y participación de representantes del Ministerio de Inclusión Económica y Social, Gobierno Autónomo Descentralizado de la parroquia, Comité local de salud y demás organismos, para el desarrollo de las actividades propuestas, garantizando así la transparencia y seriedad de la ejecución de la estrategia.

La evaluación de resultados, será al final de la intervención aplicando el instrumento WHOQOL-BREF, que nos permitirá comparar con datos obtenidos previamente.

REFERENCIAS

1. González A, Vázquez I. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clínica de medicina familiar. Rev Med Inst [Internet]. México: 2011. [citado 30 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105c.pdf>
2. Ojeda M, Padilla N, Navarro M. Diversidad Cultural y Salud. 2014. [Internet]. [citado 30 marzo 2016]. Disponible en: http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1142/calidad_de_vida_de_la_persona_adulta_mayor_en_el_area_urbana.html
3. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo, 2014. [Internet]. New York: Naciones Unidas; 2014 [citado 30 abr 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
4. Arguello N. El envejecimiento de la población mundial. Transición demográfica mundial. [Internet]. Uruguay; 2012 [citado 30 abr 2015]. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.marista.edu.mx%2Fdocuments%2Fdownload%2F33%2Fenvejecimiento-de-la-poblacion-mundial&ei=5qgaVcbzKsKXNu7Ug8gN&usg=AFQjCNEeVdP6OkFtzysVmGjrT1AvYILpdw&bvm=bv.89381419,d.eXY>
5. Ministerio de Salud Pública. Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Ecuador. [Internet]. 2010. [citado 30 abr 2015]. Disponible en: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
6. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica. Ecuador [Internet]; 2011 [citado 30 abr 2015]. Disponible en:

http://app.sni.gob.ec/snmlink/sni/Portal%20SNI%202014/ESTADISTICA/Proyecciones_y_estudios_demograficos/06.pdf

7. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de la Igualdad para Adultos Mayores. [Internet]. 2012 – 2013. [citado 2014-11-25]. Disponible en:
http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
8. Jewell RT, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en américa latina. Cuadernos de Economía 2010 XXVII147-167. [Internet]. [citado 30 abril 2015]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282121961006>.
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. ¿Cómo crecerá la población en Ecuador? [Internet]. Ecuador; 2010 [citado 30 abr 2015]. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf
10. Arboleda J., Vargas D., Galicia J. Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en el adulto mayor. [Internet]. Pereira – Colombia; 2012 [citado 30 abr 2015]. Disponible en:
<http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/980/1/61897A666.pdf>
11. Resultado de la tercera encuesta de calidad de vida de los adultos mayores. [Internet]. Chile; 2013 [citado 2014-05-25]. Disponible en:
<http://www.senama.cl/filesapp/Chile%20y%20sus%20mayores%202013,%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida.pdf>
12. Mora M, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista MH Salud [Internet]. 2014 [citado 20 Nov 2015]; 1 (1). Disponible en:
<http://revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/312>
13. Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci M. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Chile [Internet]. 2011. [citado 2015-11-25]; Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007

14. Peña B, Terán M, Moreno Aguilera F, Bazan Castro M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar de oriente. Rev de especialidades médico-quirúrgicas [Internet]. 2011 [citado 20 Nov 2014]; 14 (2):53-61. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/fr/revista/revista-de-especialidades-medico-quirurgicas/articulo/autopercepcion-de-la-calidad-de-vida-del-adulto-mayor-en-la-clinica-de-medicina-familiar-oriente-del-issste>.
15. Osorio P, Torrejón M, Anigstein M. Calidad de vida en personas mayores en Chile. MAD [Internet]. 2011 [citado 24 de abril del 2014]; 14 (24):61-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3112/311226215004.pdf>
16. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An. Fac. med. [Internet]. 2007. [citado 14 de mayo 2015]; 68 (3); 284-290. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832007000300012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1025-5583
17. Dueñas D, Bayarre H, Triana E, Rodríguez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Sep [citado 2015 Dic 18] ; 25(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864212520090002002&lng=es.
18. Coronado J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta méd. peruana, Lima, [Internet]. 2011. [citado 2015 Dic 18]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172009000400008&lng=es&nrm=iso>. accedido en 29 dic. 2015
19. Freire W. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. [Internet]. Ecuador. 2010. [citado 30 abr 2015]. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
20. Socialización y apoyo a la vejez. 2013. [Internet]. [citado 2015 Dic 18]. Disponible en: <https://gerincon.files.wordpress.com/2010/06/socializacion-y-apoyo-en-la-vejez.pdf>

- 21.** Belando M. Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. [Internet]. 2012. [citado 30 abr 2015]. Disponible en: <http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo20.pdf>
- 22.** Constitución de la República del Ecuador. [Internet]. 2008. [citado 27 abr 2015]. Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- 23.** Congreso Nacional. Ley especial del anciano. Quito. [Internet]. 1991. [citado 27 abr 2015]. Disponible en: http://www.efemerides.ec/1/junio/ley_del_anciano.htm
- 24.** Organización Mundial de la Salud. Adulto Mayor. [Internet]. 2010. [citado 27 abr 2015]. Disponible en: http://search.who.int/search?q=concepto+de+adulto+mayor&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=UTF-8&ulang=es&ip=181.112.105.241&access=p&sort=date:D:L:d1&entqr=3&entqrm=0&entsp=a__hq_policy&lr=lang_es&wc=200&wc_mc=1&ud=1&start=10
- 25.** Ministerio de Salud Pública. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Quito- Ecuador; 2011. [citado 30 abr 2015]. Disponible en: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
- 26.** González M. Calidad de vida. [Internet]. 2014. [citado 26 abr 2015]. Disponible en: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/esclerosis/esclerosis-multiple/calidad-vida-esclerosis-multiple/definician>
- 27.** Ferrari M, Kaloustian SM. A importância da família. In: Família Brasileira: a base de tudo. São Paulo/Brasília: LIMONAR [Internet]. 2011. [citado 2014-05-25]; 33(4); 11-25. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/prnterFriendly/855/html>.

- 28.** Placeres Hernández J, de León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. SCIELO [Internet]. 2011. [citado 2015-05-14]; 33(4); 472-483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242011000400010&lng=es.
- 29.** Álvarez R. Medicina General Integral: 3 ed. La Habana. Ciencias Médicas, 2014. Vol II: 534,535.
- 30.** López G, Lameda B. Análisis de los constructos teóricos: Vida cotidiana, familia, autopercepción y motivación. Laurus. [Internet]. 2013. [citado 14 de mayo 2015]; 14243-261. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111491012>
- 31.** Louro I. Manual para la Intervención en la Salud Familiar. La Habana Cuba. Ciencias Médicas, 2002. (26-29)
- 32.** Zurro M, Cano J, Gené J. Atención Primaria. 7 ed. Barcelona España. Elsevier, 2014, t 1; (64 – 66)
- 33.** Montanet A, Bravo C, Hernández E. La calidad de vida en los adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 abr 12]; 13(1):1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613194200900010001&lng=es.
- 34.** Cérquera A, Flórez J, Linares M. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. [Internet]. 2011. [citado 2015-10-14]; 407-428. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587018>.
- 35.** Soberanes S, González A, Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. [Internet]. 2014. [citado 2015-10-14]; 14161-172. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415003>
- 36.** Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Lucas R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Mayo [citado 15 Oct 2015]; 139(5):579-586. Disponible en:

- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887201100050003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
37. Escorcía L. Tercer Seminario Internacional de Antropología Forense. . [Internet] 2013 [citado 2015-10-14]; Disponible en: http://forost.org/seminar/Tercer_seminario/Forost_Lilia2013.pdf
 38. Glosario de Términos de Demografía y Estadísticas vitales proyecciones de población. [Internet] Chile , 2013 [citado 2015-10-14]; Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>
 39. Lamas M, Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco 200070. [Internet]. 2011. [citado 10 de jul 2016]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>.
 40. Azpiazu A, Cruz A, et all. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid M. [Internet]. 2012, [citado 10 de jul 2016] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-calidad-vida-mayores-65-anos-13045701>.
 41. Gutiérrez A, Orozco J, Rozo W. Percepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado en Hogares geriátricos. Colombia. [Internet]. 2016. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1
 42. Figueroa L, Soto D, Santos N. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba. [Internet]. 2016. [citado 2016 jun. 30]. 20(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2016/rcm1611.pdf>.
 43. Urrutia A, Grasso L, Gutiérrez E. Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos. Evaluar. Argentina [Internet]. 2011. [citado 2016 jun. 30] Disponible en: <http://int.search.myway.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=CUBRECAVI&n=782af728&p2=%5EY6%5Exdm006%5ETTAB02%5Eec&ptb=9C4A5268-4022-4E40-87FC3F5D9EC5D31E&q=&si=CK6B45a1yc4CFUFahgodhfkKmQ&ss=sub&st=tab&trs=wtt&tpr=sbt&ts=1476066521384>

44. Sigüenza M. Calidad de Vida en el Adulto Mayor en las parroquias rurales de Cuenca. [Internet]. 2013. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1
45. OMS: Organización Mundial de la salud. El Abrazo Mundial Envejecimiento y Ciclo de vida. [Internet]. 2015. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1
46. Organización Mundial de la Salud. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. [Internet]. Ginebra. 1976. [citado 30 abr 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_600_spa.pdf
47. Chan M. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2008.
48. Cerón M, et al. Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida. [Internet]. México 2012. [citado 2016 jun. 30]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-adulto-mayor-calidad-de-vida/>
49. Flores M, Troyo R, Sanromán M, Vega G. Investigación Calidad de Vida y Salud en Adultos Mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco. [Internet]. México. 2012. ISSN 1870 - 5618 [citado 2016 jul. 02]. Disponible en:
50. Ordóñez L. Auto percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y urbana (unidad de atención ambulatoria la ecuatoriana) pertenecientes a la provincia de pichincha y su relación con la disfuncionalidad familiar". [Internet]. Quito-Ecuador. 2011. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4096>
51. Domínguez G, Zaldivar D, Pérez J. Caracterización del estilo de vida de individuos con longevidad satisfactoria. *Psicol. Am. Lat.* [Internet]. 2012 [citado 6 jul 2016]; (6):1-2. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870350X2006000200004&script=sci_arttext
52. Fernández J, Massó E, Chacón N, Montes de Oca Y. Calidad de vida en el envejecimiento sano del adulto mayor. *Revista Información Científica.*

[Internet]. 2011 [citado 2 jul 2016];70(2); Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/353>

- 53.** Herrera P, Martínez N, Navarrete C. Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Jul 12]; 31(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252015000400005&lng=es.
- 54.** Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. Informe de Resultados de la Encuesta de Condiciones de vida. Ecuador. [Internet]. 2014. [citado 14 de mayo 2015]; Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/150411-ResultadosECV.pdf>

ANEXOS.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Yo Dra. Patricia Elisabeth Borja Tapia, trabajo en el Sub Centro de Salud La Victoria, realizo el Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Técnica de Ambato. Investigo sobre la autopercepción y percepción familiar de la calidad de vida del adulto mayor, le invito a participar de esta investigación.

En el mundo existen varios estudios sobre calidad de vida pero muy poco sobre lo que piensa el individuo y su familia por lo que el propósito es saber que conocen sobre calidad de vida y que necesitan para mejorarla, con lo que elaboraremos una estrategia de intervención en el sector, para lo cual aplicaremos una encuesta a los adultos mayores de 65 años y más y a sus cuidadores, hombres y mujeres, que vivan en el ER 12 de la parroquia La Victoria.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en el Sub Centro de Salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

ANEXO 2. CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valores sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

FECHA:..... EDAD:.....SEXO:

.....

ESCOLARIDAD:.....

ETNIA:.....

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



Facultad de Ciencias de la Salud
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

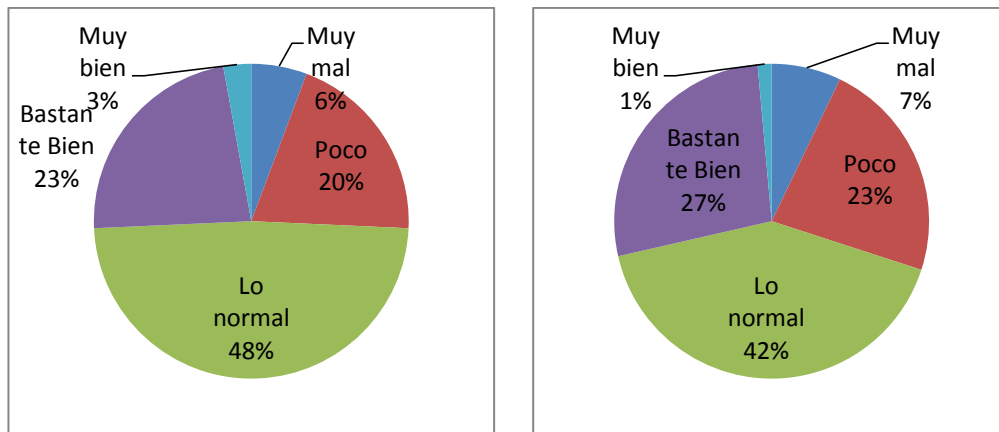
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

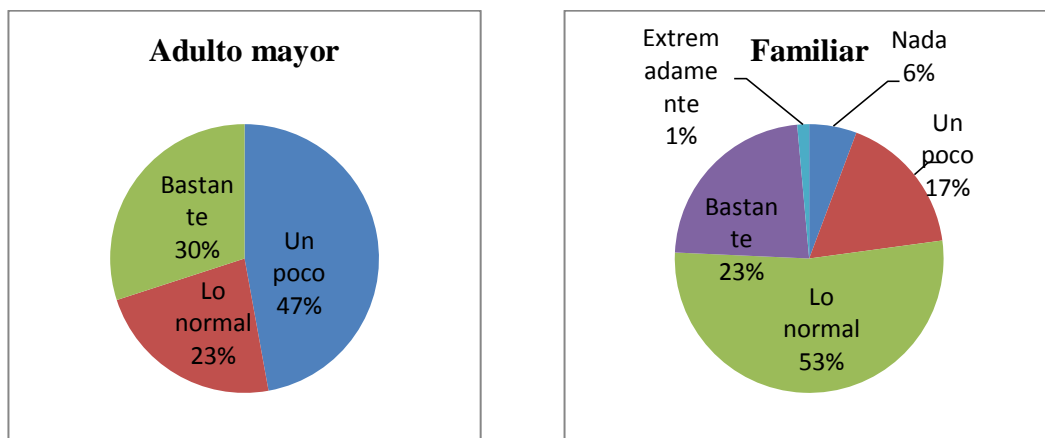
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Gráfico 5 Puntuación de la calidad de vida según los adultos mayores y sus familiares en el ER 12 La Victoria 2015 – 2016.



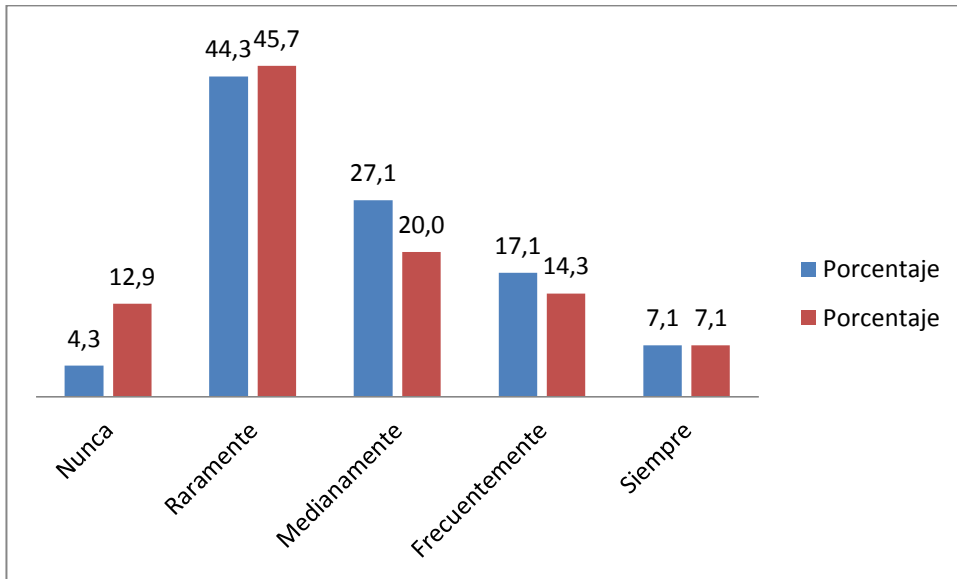
Fuente: tablas 5 Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

Gráfico 6 Percepción de los familiares y autopercepción del adulto mayor sobre su capacidad de concentración.



Fuente: tabla 18 Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.

Gráfico 7 Percepción de los familiares y autopercepción del adulto mayor sobre frecuencia de sentimientos negativos.



Fuente: tabla

Elaborado por: Patricia Elisabeth Borja Tapia.