

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**Calidad de vida desde una perspectiva de la salud de los adultos mayores,
residentes en la comunidad de Cachipamba-Guapán mayo-octubre 2018**

AUTOR: ANDRÉS MARTÍN GONZÁLEZ GONZÁLEZ.

DIRECTORA: Lcda. LILIAN ROMERO S.

AZOGUES- ECUADOR

2018

Tabla de contenido

Resumen	6
Capítulo I	8
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPITULO II	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1. ANTECEDENTES	15
2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICAS	25
2.2.1 Calidad de vida	25
2.2.1.2 Componentes de Calidad de vida Relacionado con la vejez.	28
2.2.1.2.1 Muerte: El final de la vida	28
2.2.1.2.2 Morir para descansar	29
2.2.1.2.3 Participación social.....	30
2.2.1.2.4 Adulto Mayor y Participación	34
2.2.1.2.5 La religión y la espiritualidad en la vejez	35
2.2.1.2.6 Vida en pareja	40
2.2.1.2.7 Sexualidad en la tercera edad	41
2.2.2 Adulto mayor	43
2.2.3 Calidad de vida del adulto mayor	44
2.2.4 Determinantes de la calidad de vida del adulto mayor	45
2.2.5 Enfermedades comunes en el adulto mayor.	45
2.2.6 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	48
2.2.7 Herramientas para medir la calidad de vida.....	50
2.2.7.1 WHOQOL-OLD Y WHOQOL-BREF	50
2.2.7.2 Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage	51
2.2.7.3 2.2.7.3 Índice de katz.....	52
CAPITULO III	53
3. OBJETIVOS	53
3.1 Objetivo General:	53

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	53
CAPITULO IV.....	54
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	54
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	54
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	54
4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	54
4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	55
4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL.....	55
4.2 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	56
4.2.1 Criterio de Inclusión:.....	56
4.2.2 Criterio de Exclusión:.....	56
4.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.....	56
4.3.1 Técnica e Instrumento.....	56
4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	57
4.4.1 OPERACIONALIZACIÓN.....	57
CAPITULO V.....	60
5. RESULTADOS.....	60
5.1 TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS.....	60
CAPITULO VI.....	139
6. DISCUSIÓN.....	139
CAPÍTULO VII.....	143
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....	143
7.1 CONCLUSIONES.....	143
7.2 RECOMENDACIONES.....	144
7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	146
ANEXOS.....	151

Agradecimiento

Es para mí un gran honor y dicha el haber contado con personas maravillosas que me ayudaron a cumplir una de mis metas en la vida el haber obtenido mi título universitario, por ello quiero dejar constancia de mi gratitud a todas las personas que de una u otra manera estuvieron conmigo en esta etapa de mi vida.

Quiero agradecer a Dios por darme la salud, la vida y a los mejores padres del mundo, gracias papi gracias mami por darme la mejor herencia que un hijo puede recibir que es el estudio, gracias por su apoyo económico, moral y su paciencia durante este tiempo, así mismo gracias a mis hermanos, mis abuelitos, mis tíos y tías.

También quiero hacer extensivo mi agradecimiento a todos mis amigos y compañeros con los que compartí las aulas universitarias, en especial a mi gran amigo y compañero Ángel González con quien compartí buenos y malos momentos durante nuestra carrera universitaria, así mismo me ayudó innumerables veces para lograr mi objetivo, a la señora Rosa González quien fue de gran ayuda para este logro.

A mi directora de tesis Lcda. Lilian Romero por brindarme su tiempo y sus valiosos conocimientos para que este trabajo de investigación se lleve a cabo.

Agradezco infinitamente a los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba y a sus respectivas familias por abrirme la puerta de sus hogares y colaborar para que esta tesis se lleve a cabo, así mismo al presidente de la comunidad el señor Raymundo Guamán quien me dio total acceso a la comunidad de Cachipamba.

MUCHAS GRACIAS A TODOS, DIOS LOS BENDIGA.

Dedicatoria

No existe en el mundo ningún objetivo o meta que una persona pueda lograr sin la inspiración en los seres que uno ama y lleva en el corazón en todo momento, por lo cual dedico esta tesis a las siguientes personas.

Dedico todo mi esfuerzo y dedicación a mi amada hija Sarahí Valentina, fuiste mi mayor motivo de motivación para culminar mi carrera universitaria, tómalo como ejemplo de voluntad y superación, cuando quieras lograr algo en tu vida lucha hasta conseguirlo, estaré ahí siempre con amor papá.

Así mismo a mi papá Manuel González, a mi mamá Ligia González, mis hermanos: Ismael y Josué, quienes son el pilar fundamental en mi vida y están ahí en todo mis momento, especialmente en los que parecía que todo estaba perdido, compartiendo mis buenos y malos momentos, quienes con sacrificio y sabiduría fueron ejemplo de superación.

Resumen

Objetivo Analizar la calidad de vida desde una perspectiva de la salud de los adultos mayores. **Metodología:** Prospectivo, Descriptivo de corte Transversal, se realizó en la comunidad de Cachipamba de la parroquia Guapán, cantón Azogues provincia del Cañar. **Técnicas e instrumentos:** encuesta, escalas validadas por la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-OLD, consta de 24 ítems en escala de LIKERT de 5 opciones, 6 dimensiones para valorar: capacidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas presentes y futuras, participación social, muerte morir, e intimidad. WHOQOL-BREF que consta de 26 ítems en escala de LIKERT, valora cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente. La escala de depresión geriátrica YESAVAGE, valorara función cognitiva, afectiva y somática e índice de KATZ valora actividades de la vida diaria. Se analizan los datos en sistema Spss Statistics. **Universo y muestra:** participaron 55 adultos mayores residentes en la comunidad que firmaron el consentimiento informado. **Resultados:** 63.3% están entre 71 y 90 años, 50.9% son de sexo masculino, 63.6% viven con esposo/a, 90.9% padece alguna enfermedad, 96% padece enfermedades de la vista, 49% sufre hipertensión arterial, 80.1% no presenta depresión, según WHOQOL-BREF 43,6% tiene una calidad de vida normal, salud física 36.4% normal, salud psicológica 43.64% muy bien, relaciones personales 47.3% normal, ambiente 65.5% muy bien. Según WHOQOL-OLD el 74% tiene una calidad de vida buena, según índice de KATZ 78.2% son independientes. **Conclusiones:** según WHOQOL-OLD-BREF, YESAVAGE e índice de KATZ la calidad de vida es valorada como normal, la mayoría no presentan depresión, un gran número de adultos mayores son independientes, sin embargo un alto porcentaje presentan enfermedades.

Palabras clave: Calidad de vida, adulto mayor y salud.

Summary

Objective To analyze the quality of life from a perspective of the health of the elderly.

Methodology: Prospective, Descriptive cross-sectional, was carried out in the community of Cachipamba of the Guapan parish, Azogues canton province of Cañar. **Techniques and instruments:** survey, scales validated by the World Health Organization WHOQOL-OLD, consists of 24 items in LIKERT scale of 5 options, 6 dimensions to assess: sensory abilities, autonomy, past and present past activities, social participation, dying death, and intimacy. WHOQOL-BREF, which consists of 26 items on the LIKERT scale, assesses four domains: physical health, psychological health, social relations, and the environment. The geriatric depression scale YESAVAGE, assesses cognitive, affective and somatic function and KATZ index assesses activities of daily life. The data is analyzed in the Spss Statistics system. **Universe and sample:** 55 elderly residents in the community who signed the informed consent participated. **Results:** 63.3% are between 71 and 90 years old, 50.9% are male, 63.6% live with spouse, 90.9% suffer from a disease, 96% suffer from eye diseases, 49% suffer from arterial hypertension, 80.1% do not present depression, according to WHOQOL-BREF 43.6% have a normal quality of life, physical health 36.4% normal, psychological health 43.64% very good, personal relationships 47.3% normal, 65.5% environment very well. According to WHOQOL-OLD 74% have a good quality of life, according to the KATZ index 78.2% are independent. **Conclusions:** according to WHOQOL-OLD-BREF, YESAVAGE and KATZ index, quality of life is assessed as normal, most do not show depression, a large number of older adults are independent, however a high percentage have diseases.

Key words: Quality of life, elderly and health.

Capítulo I

1. INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la organización mundial de la salud (OMS), en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 65 años, lo que significa el 10% de la población mundial. En Europa y América, los adultos mayores sobrepasa ya el 20% de población total (1). En nuestro país existen: 1.229.089 personas mayores de 65 años (6,5% de la población total). El Gobierno implementa políticas públicas basadas en la defensa de los derechos de los adultos mayores, ya que su participación se incrementara con el paso del tiempo. En el año 2020 será del 7,4%. Para el año 2054 se espera que lleguen a formar parte del 18% de la población. El sexo femenino tiene una mayor esperanza de vida con 83,5 años en comparación a los 77,6 años del sexo masculino. El 45% de adultos mayores viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza, el 42% vive en el sector rural. El 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo, el 14,9% son víctimas de negligencia y abandono y 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo (2).

Al mencionar calidad de vida, hacemos referencia a una noción que abarca varios elementos, desde el bienestar social, hasta aspectos de carácter individual o grupal, tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud, combina componentes subjetivos y objetivos (3).

Vera sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”. (1)

El presente estudio consta de VI capítulos dividiéndose así. Capítulo I: introducción, planteamiento del problema, formulación del problema, justificación. Capítulo II: fundamento teórico, antecedentes, base teórico científicas. Capítulo III: objetivos. Capítulo IV: diseño metodológico, diseño general del estudio, criterios de inclusión y exclusión, métodos y técnicas para la recolección de información, variables. Capítulo V:

resultados, tablas y gráficos, discusión. Capítulo VI: conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

1.1 Planteamiento del problema

Los seres humanos envejecemos de una manera rápida y esto es una buena señal, ya que este proceso del ciclo vital evidencia que hemos avanzado contra las enfermedades. Sin embargo, el envejecimiento trae consigo problemas y oportunidades. La población mundial está envejeciendo de una manera rápida. Entre 2000 y 2050, los seres humanos mayores de 65 años se duplicarán, pasando del 11% al 22%. Este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de 50 años (4).

La Organización Mundial de la Salud menciona que por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasas de fecundidad, la población de personas mayores de 60 años está en un aumento considerable en relación a los otros grupos de población. El envejecimiento de la población debe considerarse como un éxito en cuanto al cumplimiento de políticas programas y proyectos de la salud pública y desarrollo socioeconómico de los países; pero también constituye un gran reto para la población que debe adaptarse a los cambios profundos y buscar alternativas para mejorar la salud, capacidad funcional, participación social y seguridad de los adultos. Las personas mayores sanas e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad y constituye un mito decir que son personas receptoras pasivas de los servicios que brinda la sociedad. En la actualidad se ha visto un aumento creciente de la población adulta mayor esto ha hecho que los estados creen políticas de protección de manera que no se vulneren sus derechos dentro de la sociedad (4).

Según el censo de población y vivienda realizado en el año 2010, el Ecuador tiene una población total de 14'483.499 habitantes, de estos 1'229.089 son adultos mayores ubicados por regiones de país de la siguiente manera: Sierra 596.429, Costa 589.431, Amazonía 41.768 y región insular 1.461 adultos mayores, de los datos anotados se observa que la sierra abarca una mayor población de adultos mayores; en lo referente a la provincia del Cañar tiene una población total 225.184 habitantes, en cuanto a la población adulta mayor está representado un total de 19.634. Guapán parroquia rural perteneciente al Cantón Azogues de la provincia del Cañar tiene una población total de

8.853 habitantes, de los cuales 954 son adultos mayores que viven dentro de la parroquia donde se realizará el proyecto de investigación sobre calidad de vida de este grupo vulnerable de la población (5).

En el año 2009 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) realizó un estudio sobre salud y bienestar de los adultos mayores del país los resultados fueron los siguientes: la esperanza de vida para el sexo masculino es de 72 años y 78 años para el sexo femenino. En relación al estado anímico y satisfacción de la vida y se concluye que cada 8 de 10 adultos mayores están satisfechos con su vida sin embargo 3 de cada 10 adultos mayores refiere indica sentirse desamparado con frecuencia; en cuanto al estado anímico y satisfacción con la vida el 47.6% contesta estar preocupado por algo malo que le pueda suceder. En lo referente a salud 7 de cada 10 adultos mayores han sufrido algún problema de salud por el cual han consultado al médico en los últimos 4 meses, el 38% fueron atendidos en centros de salud públicos y más del 70% los gastos los cubren ellos mismos, se indagó sobre hábitos alimenticios y más del 90% de los encuestados responden incluir en su dieta diaria leguminosas, proteínas, frutas y las comidas completas al día. Las enfermedades detectadas es este grupo son la osteoporosis, problemas cardiovasculares y diabetes. En los hombres la primera causa de muerte son problemas cardiovasculares, y en las mujeres la diabetes. El 70% no trabaja y más del 70% tienen únicamente instrucción primaria (6).

En el país todas las personas que son afiliadas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) gozan del derecho de la jubilación, un porcentaje de adultos mayores gozan de la jubilación pese a esto la cobertura es baja en Ecuador y en toda Latino América, esto difiere a la zona de residencia. Los ingresos que se les asigna a los adultos mayores en la mayoría de veces no ayudan a satisfacer sus necesidades básicas. Menos del 50% de adultos mayores que residen en el área urbana en América latina está afiliada al seguro social mientras tanto en área rural están afiliados un 38% (7).

La Organización de Naciones Unidas (ONU) dice que en el Ecuador en el año de 2015 un 57% de adultos mayores estaban jubilados esto quiere decir que son 536.185 adultos mayores de los cuales el 0,7% pertenecían al Instituto de Seguro Social de la Policía Nacional ISSPOL (8).

La pobreza, desigualdad económica y una inequidad social son los factores con los que tienen que luchar los ancianos en América Latina y el Caribe, por lo cual los porcentajes de pobreza en adultos mayores son altos, tanto en hombres como en mujeres, en el sector urbano un 30% de adultos mayores son pobres mientras tanto en el sector rural más del 50% de ancianos son pobres. El aporte económico de los adultos mayores a los hogares es significativo, si se eliminaría el apoyo económico a los adultos mayores en países como Bolivia, Ecuador, El Salvador, República Dominicana y Venezuela, la pobreza aumentaría en un 7%. Así mismo en otros hogares el adulto mayor depende de la ayuda familiar, en el aspecto económico, de cuidados personales y apoyo emocional, por lo cual el convivir del adulto mayor con otros familiares determinaría un cierto nivel de calidad de vida (7).

La cuarta parte de hogares latinoamericanos cuenta con un adulto mayor en su núcleo familiar, de los cuales entre un 16.1% y 33.6% el adulto mayor es jefe de hogar. Las mujeres superan ampliamente como jefas de hogar a los hombres, esto se debe a la muerte del esposo, los países con más adultos mayores como jefes de hogar son: Uruguay, Chile y Panamá (7).

En Londres se realizó un estudio a 1500 adultos mayores donde la mayoría estaban satisfechos con su calidad de vida, el 73% de adultos mayores dijeron estar satisfechos con su calidad de vida, el nivel de calidad de vida bajo se relacionaron a la incapacidad de realizar tareas y a ciertas enfermedades, el 43% de adultos mayores estudiados sugirieron que con ayudas y adaptaciones les resultara más fácil realizar sus actividades y no ser dependientes (9).

En la parroquia Anconcito, provincia de Santa Elena perteneciente a Ecuador se realizó un estudio para medir la calidad de vida de los adultos mayores, el 81% de adultos mayores encuestados dicen estar satisfechos con su calidad de vida, el 28% dice sentirse desamparado, el 38% dice que su vida está vacía y el 46% piensa que le va a pasar algo malo (8).

En Ecuador los adultos mayores que son de sexo masculino de más de 80 años y de sexo femenino entre 75 y 79 años es el grupo que más pobreza extrema sufre, alcanzando los hombres un 28,2% y las mujeres un 26%, las condiciones de pobreza

extrema en el área urbana son de 11,3% y en el área rural alcanzan un 43,6% debido a la escases de servicios básicos (8).

En el año 2015 se realizó un estudio en el cantón Biblián de la provincia del Cañar perteneciente a Ecuador a 1463 adultos mayores donde se evidencio que el 57,4% de adultos mayores eran pobres, el 54,9 tienen una instrucción primaria, la cuarta parte de adultos mayores son analfabetos, no cuentan con la mayoría de servicios básicos y solo el 25% están afiliados al seguro de salud, la mayoría de adultos mayores participan en actividades sociales (10).

La precaria situación del adulto mayor en nuestro país y muy en particular en la provincia del Cañar, repercute de manera directa en la calidad de vida del adulto mayor, surge la pregunta de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El planteamiento del problema se basa en la falta de estudios referentes al tema en la comunidad de Guapán

El adulto mayor es respetado por algunas personas, pero así mismo en ciertos casos la sociedad los discrimina, empezando desde su familia hasta personas desconocidas, esto condiciona la calidad de vida que pueda llevar un adulto mayor, afectándolo física y psicológicamente.

Por esta razón este estudio mide la calidad de vida de los adultos mayores, contribuyendo así a tener una idea de cómo viven los adultos mayores de Cachipamba, tanto para familiares y pobladores en general y así puedan tomar cartas en el asunto poniendo más atención a este grupo etario.

Por lo dicho previamente, se plantea la siguiente interrogante de investigación.

¿Cuál es la calidad de vida que tienen los adultos mayores residentes en la comunidad de Cachipamba de la parroquia Guapán?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es: "la autopercepción que un individuo tiene de sí mismo, en el ámbito de la cultura y de valores y en relación con sus metas, sus vivencias, sus reglas, sus intranquilidades. Calidad de vida es un concepto muy amplio y complejo que engloba salud, estado psicológico nivel de independencia, relaciones sociales, y su relación con todos los elementos del entorno.

La población de adultos mayores en el Ecuador al igual que en todo el mundo ha tenido un aumento considerable, según el censo realizado en el año 2010 la población adulta mayor en el Ecuador es de 1.229.089 habitantes y según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. Este crecimiento se debe a los avances de la ciencia la tecnología y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor. Esto ha generado la incorporación de políticas sociales en favor de este grupo de población, considerado como un grupo vulnerable de atención prioritaria.

El Art. 38 de los derechos de las personas adultas mayores, establece que: el estado creará políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, tendrán en cuenta especificaciones en el área urbana y rural, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades (11).

Según el artículo número 36 de la Constitución de la República del Ecuador indica que los adultos mayores tendrán atención prioritaria tanto en instituciones públicas y privadas, con mayor énfasis en los ámbitos de inclusión social, económica, y protección contra la violencia (12).

El artículo 37 se establece que las personas que estén en el rango de esta edad tendrán derecho a:

- ✓ La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
- ✓ El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
- ✓ La jubilación universal.
- ✓ Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
- ✓ Exenciones en el régimen tributario.
- ✓ Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
- ✓ El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento (12).

Jorge Corozo, asambleísta del Ecuador en el año 2018 dijo que los adultos mayores que forman parte de la población económicamente activa corresponden al 57,5% y el 42,5% es la parte económicamente inactiva, y que 522.000 adultos mayores son pobres y de estos 60.000 viven en la extrema pobreza (13).

Por ello, nace la necesidad de realizar la presente investigación ya que se analizó la calidad de vida enfocado en el ámbito social y económico de este grupo de personas considerado como vulnerables, que por diferentes condiciones no pueden realizar ciertas actividades y llevan una vida social en la mayoría de casos en completo abandono.

A más de lo anterior mencionado el presente estudio aporta datos reales sobre la calidad de vida de los adultos mayores ya que en esta comunidad no existen estudios realizados sobre este tema, brindando así un aporte teórico a la comunidad de Cachipamba.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

En el diccionario de la lengua española podemos encontrar más de 20 significados para la palabra anciano y más de 30 para la palabra viejo, la mayoría son usadas como términos despectivos que le quitan el verdadero valor al significado, siendo la palabra viejo, sinónimo de una larga vida e historia (14).

En España, Manuel Lillo Crespo realizó un estudio 'Evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia', donde dice que en otras épocas el adulto mayor fue despreciado e incluso castigado por su edad, cosa que no a cambiado mucho ya que en la actualidad en diversas sociedades el adulto mayor es considerado como un estorbo o una carga (14).

En Egipto el adulto mayor era considerado como un maestro para los más jóvenes ya que era sinónimo de sabiduría, mientras tanto para los griegos la ancianidad era sinónimo de feo, consideraban una ofensa al espíritu, era motivo de burla y chistes, lo consideraban como un castigo, y para los hebreos cristianos basados en el antiguo testamento, los ancianos formaron el pueblo hebreo así dijo Dios a Moisés según el (Ex. 3:16) "Vete delante del pueblo y lleva contigo a ancianos de Israel" donde también dice que formaron el consejo de ancianos que lo consideraban como una iniciativa divina, en su época llegaron a tener poder religioso y judicial, poder que fueron perdiendo al institucionalizarse el poder político (14).

En el período del rey hebreo Roboam, el consejo pierde su poder y la imagen del anciano comienza a deteriorarse (14).

Para la cultura romana, en un principio existía una visión pesimista de la vejez, sin embargo, el anciano fue un personaje muy considerado en los textos de esta época. Es más, se analizaron los problemas de la vejez desde casi todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos. De los registros existentes en la época

se determina que la cantidad de ancianos en la sociedad romana era mucho mayor que en la griega. En su mayoría, era de hombres (14).

Un panorama aterrador para los ancianos significó la denominada 'Edad Oscura' o 'Alta Edad Media', del siglo V al X, marcada por la brutalidad y predominio de la fuerza. No es difícil imaginar el destino de los débiles, lugar que les correspondió a los viejos. En el colectivo eclesiástico, los ancianos fueron numerosos, aunque en sus escritos no dieran importancia a la ancianidad. Llama la atención que, en el ámbito de la moral, se utilizó a la vejez como un mal proveniente del castigo divino por los pecados del hombre. El único interés que existe por la vejez en el cristianismo es la imagen de fealdad y decrepitud (14).

En el Renacimiento, durante el siglo XV, sucedió un redescubrimiento de las bellezas escondidas del mundo grecorromano. A la Europa Occidental le atraían los griegos antiguos, cultivadores de la belleza, juventud y perfección. El desprecio a la vejez se manifestaba en las artes y en las letras. Los pintores italianos ignoran la vejez, los flamencos y alemanes se ensañan con ella, especialmente con la mujer vieja, a la que representan arrugada y decrepita asimilándola a la imagen de la bruja con la que tanto se ensañó la Inquisición (14).

En el mundo moderno, el pensamiento liberal y sus políticas revolucionarias -señala el estudio 'Evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia'-determinaron la formación de repúblicas y la aparición de los burócratas. Dentro de la estructura económica de los Estados también se creó la jubilación, palabra del latín 'jubilare' (lanzar gritos de júbilo), significado que, para muchos, actualmente sonaría como un sarcasmo (14).

El mundo contemporáneo dio paso a lo que los especialistas denominan la cultura tecnocientífica, la cual ha sido la que más ha influido en la vida de los viejos. Dejaron de ser los depositarios de la sabiduría, como en épocas anteriores, para pasar a ser los más alejados del nuevo conocimiento. La experiencia no es apreciada porque está atada al pasado. Además, física y estéticamente, los viejos ocupan un papel no deseable para la sociedad (14).

En las diferentes sociedades, la representación de la mujer vieja se ve reducida a hija, hermana, familiar, esclava o sirvienta, además de la encargada del cuidado de ambos sexos. Existe, menciona Lillo Crespo, poca información sobre la mujer anciana en el terreno de la política, economía y ciencia, pero su papel no tuvo el protagonismo justo a lo largo de la historia (14).

Dependiendo de las culturas, de lo político, demográfico, artístico, estético, ético o religioso, el papel y valor de los viejos ha sido interpretado de manera permanente. Su protagonismo ha tenido altibajos y en la actualidad son los jóvenes quienes asumieron esta condición, en casi todos los ámbitos. ¿Cuál será el futuro de los viejos? La pregunta tiene más interrogantes que certezas, no obstante, en todo el mundo sucede un fenómeno irreversible que seguramente determinará un nuevo tipo de relación: el envejecimiento poblacional (14).

En Europa, la región más 'vieja', este proceso inició hace más de un siglo, mientras que en Latinoamérica comenzó en la década de los 60 y se estima que evolucione aceleradamente hasta llegar a un estado avanzado en dos o tres décadas más. El envejecimiento de la población es un logro de la humanidad. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980 y se prevé que alcance los 2.000 millones a 2050 (14).

En la actualidad, el nuevo papel de los adultos mayores se redefine dentro de la sociedad. Con menos o más avances, en el caso de los países de Latinoamérica, los viejos han asumido los nuevos desafíos de un envejecimiento activo, saludable, pero como actores sociales con participación y derechos. Aquí surge otra interrogante: ¿Los Estados están preparados para responder a las demandas de las sociedades en proceso de envejecimiento? (14).

Cela H. en el año 2018 en la ciudad de Quito-Ecuador, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la percepción de calidad de vida en aspectos propios de la vejez y su relación con variables sociodemográficas en adultos mayores de la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Se incluyeron a 249 pacientes de la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, el cuestionario WHOQoL-OLD para calidad de

vida. Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes estudiados se obtuvo una media de edad de 76,08, la mayoría de pacientes fueron de sexo femenino (65%), casados (46%), que conviven con sus parejas (27%) o hijos (27%), con instrucción primaria (54,6%), mestizos (80%). Las enfermedades mayormente reportadas fueron: Hipertensión Arterial (49.8%), alteraciones osteoarticulares (41%), alteraciones visuales (27.7%) y auditivas (26.9%). De acuerdo al puntaje global de calidad de vida se obtuvo una media de 85,5 sobre 120 puntos. El 85% de los adultos mayores percibe su calidad de vida como buena calidad y el 15% como medianamente buena. El coeficiente alfa de Cronbach para el instrumento fue de 0,72. Se concluyó que existe una relación inversa débil y significativa ($p \leq 0,05$) entre edad y calidad de vida, y entre edad y las dimensiones de calidad de vida excepto la dimensión de conformidad con la muerte. Los hombres puntúan mejor que las mujeres en las dimensiones de intimidad y conformidad con la muerte ($p \leq 0,05$). Los adultos mayores que viven con sus parejas o con su pareja e hijos tienen mejor percepción de calidad de vida que los que viven solos, con sus hijos o con otro familiar. Los adultos mayores separados, viudos y solteros tienen menor percepción de calidad de vida. La mayor escolaridad se asocia con puntajes más altos en calidad de vida, sin significancia estadística. Las dimensiones de intimidad y participación social tienden a empeorar al disminuir la escolaridad ($p \leq 0,5$). Los adultos mayores que presentan alteraciones auditivas tienen una menor calidad de vida ($p \leq 0,01$) (15).

Estrada A. en 2011 en la ciudad de Medellín Colombia se realizó un estudio, su objetivo fue explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos. Fue un estudio de 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. La calidad de vida se evaluó mediante el *World Health Organization Quality of Life of Older Adults* (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud; se utilizaron la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la minivaloración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. La información se analizó con pruebas U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, la correlación de Pearson y un modelo de regresión lineal múltiple. Los resultados fueron: el 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de $79,2 \pm 8,0$ años, 71 % se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 % presentaba síntomas

de depresión , y 33 % estaban en riesgo de ansiedad, 28,3 % deterioro funcional y, 54,3 %, posible malnutrición (16).

En México en el estado de Sonora se realiza un estudio con el propósito de evaluar la confiabilidad y validez del cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores. Se aplicó el instrumento a 794 adultos mayores de entre 60 y 98 años, mujeres y hombres, a quienes se les realizó la encuesta, de manera individual, una hoja de datos sociodemográficos, el WHOQOL-OLD en español, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Bienestar Subjetivo de Lawton. El cuestionario se evaluó validez divergente y convergente respecto a depresión y bienestar subjetivo, respectivamente; así como su validez discriminante según el sexo, grupo de edad, nivel educativo, estatus de salud y presencia o ausencia significativas de síntomas depresivos, validez factorial y consistencia interna de sus dimensiones y del total de los reactivos. El cuestionario mostró validez divergente respecto a la depresión, validez convergente en relación al bienestar subjetivo, validez discriminante según la edad, nivel educativo, estatus de salud y presencia significativa o no de síntomas depresivos. En el análisis factorial del instrumento se obtuvieron los seis factores que se mencionan en la literatura y que explican la varianza total. Se concluye que: el citado cuestionario, en su versión en español, es un instrumento confiable y válido para adultos mayores de la mencionada zona (17).

En la ciudad de Toluca México, Montero y León (2007) realizaron un estudio de tipo empírico con metodología cuantitativa, basada en un estudio instrumental, encaminado a conocer las propiedades psicométricas del instrumento WHOQOL-OLD en población mexicana, instrumento que evalúa la calidad de vida en adultos mayores. Para la fase de pilotaje se contó con la participación de 21 sujetos de 60 a 80 años de edad. Para la aplicación final, la muestra fue no probabilística de tipo intencional, de 120 sujetos de 60 años y más, institucionalizados, que asistían a la Casa del Adulto Mayor. Todos habitaban en la ciudad de Toluca y comunidades cercanas, consideradas zonas urbanas. Del total de los participantes, 51 (42.5%) son hombres y 69 (57.5%) son mujeres con una media de edad de 69,26 y un desvío de 6.315. Para hacer la investigación se utilizó el instrumento WHOQOL-OLD, traducido y adaptado por los propios investigadores, con

apoyo de tres expertos en el idioma inglés. Adaptación lingüística, al efectuar la comparación de las traducciones hechas por los expertos en el idioma inglés se hicieron algunas adaptaciones a los reactivos para aplicarse a la población mexicana. La confiabilidad obtenida mediante el Alfa de Cronbach tomando los 24 reactivos del instrumento fue de .862. El análisis factorial exploratorio se realizó con los 24 reactivos; en primera instancia, se calculó el índice KMO que dio como valor .847 y la prueba de esfericidad de Bartlett con un valor de 1395.259 (gl. de 276) los cuales permiten considerar el AF como viable. Este factor evalúa la satisfacción de los adultos mayores con relación al control que tienen de su propio futuro y el presente, con respecto al hacer las cosas que les guste hacer, cómo utilizar su tiempo, su grado de productividad y el reconocimiento que reciben de este (18).

Se realizó un estudio en la ciudad de Natal Brasil, de tipo descriptivo que analizó la calidad de vida de ancianos institucionalizados en Natal. La recogida de datos se realizó mediante una entrevista a 43 personas de edad avanzada usando el test WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-Old). Al realizarlo se obtuvo un resultado medio del 52,9%. El área sensorial consiguió la media más alta, con un 68,1%, lo que revela que los ancianos se sienten satisfechos con su situación. Por el contrario, en el área de autonomía se evidenció el resultado medio más bajo, un 40,7%, lo cual indica la insatisfacción de los ancianos por su incapacidad para tomar decisiones. Conclusión. Se llegó a la conclusión de que los ancianos consideraban que su calidad de vida no era ni satisfactoria ni insatisfactoria. Es necesario que se implementen medidas que promuevan un mejor cuidado de los ancianos institucionalizados para poder proporcionarles una mejor calidad de vida (19).

En la provincia de Pinar del Río perteneciente a Cuba se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de explicar la posible asociación o dependencia de la calidad de vida en personas de 60 años o más, respecto a diferentes variables sociodemográficas, enfatizando en su vinculación a Casa de Abuelos, durante el periodo de enero- diciembre 2006. El universo de estudio fueron los ancianos que pertenecen a la zona urbana del municipio Pinar del Río. Se tomó una muestra de los 42 ancianos incorporados a la Casa de Abuelos y otra muestra de igual tamaño de ancianos no incorporados, de la misma comunidad, garantizándose homogeneidad entre ambos

grupos desde el punto de vista estructural. Por cada anciano de la Casa de Abuelos se seleccionó uno no incorporado, considerando variables como edad, sexo, ocupación y convivencia; constituyendo un total de 84 personas. A cada anciano que integró la muestra se le aplicó una entrevista estructurada, a través de la cual se recogen las características sociodemográficas y se explora la Calidad de Vida, aplicándose para su medición la Escala M.G.H.5 Puede ser aplicada de forma autoadministrada o como entrevista estructurada, contando con 34 ítems y su objetivo está dirigido fundamentalmente para el nivel primario de atención de salud. Los resultados fueron, se evaluaron un total de 84 ancianos, se registran 18 casos del sexo femenino, para un 42.9%, mientras que el sexo masculino está representado por 24 ancianos para un 57.1%; estas cifras son coincidentes en ambos grupos. Al evaluar la edad de los ancianos estudiados, se registra una edad promedio de 76 años, siendo la mínima 60 años y la máxima 95. La calidad de Vida de los ancianos seleccionados, con el apoyo de la escala MGH, se pudo constatar las diferentes categorías, que entre los ancianos de la Casa de Abuelos, 24 de ellos, para un 57.2%, se incluyen en la categoría Calidad de Vida alta; en media y baja aparecen 8 y 7 casos respectivamente con 19.0% y 16.6%; en tanto, la categoría muy baja agrupa a 3 ancianos para un 7.2%. En el Grupo Control los resultados no son contrarios, pero sí con ciertas diferencias; 18 ancianos para un 42.9% se incluyen en la alta, 11 en la media (26.2%), 7 en la baja (16.6%) y 6 casos para un 14.3% como muy baja (35.7%), casados 14 (33.3%) y viudos 13 (31.0%). En la dimensión salud, considerando los ítems que lo evalúan y valorando el predominio de respuestas en más de la mitad de las mismas; con un punto para la respuesta más negativa y 4 para la positiva; se reporta que entre los ancianos de la Casa de Abuelos los resultados fueron favorables con un 73,8% entre las respuestas 4 y 3; así mismo fue registrado entre los ancianos del Grupo Control con un 73,9% (20).

Arreaga J. en el año 2013 en la provincia del Oro Ecuador realizó un estudio con el título, cuidados al adulto mayor residente en el centro geriátrico “Hogar de Nazaret” de la parroquia Paccha, fue de tipo descriptivo, de tipo transversal. El método utilizado fue deductivo y para ello se utilizó una encuesta, ya que a partir de la teoría se pudo observar los resultados, el diseño de estudio es no experimental, el universo fueron 47 los adultos mayores que son atendidos en Centro Geriátrico “Hogar de Nazaret. Los datos fueron obtenidos mediante intervención directa mediante una encuesta. Entre las características

individuales de los adultos mayores residentes en el Centro Geriátrico, el 59.5% del sujeto de estudio son de sexo masculino, siendo y el 40.4% del estudio son de sexo femenino. El 82.9% se consideran mestizos; el 6.3% se autodenominaron afro ecuatorianos y 4.2% son blancos. El 57.4% de los adultos mayores son de Paccha,; el 23.4% vienen de Cordoncillo, y el 19.1% vienen de Ayapamba. De los tipos de cuidados que oferta el personal; en la higiene personal el 31.9% en la higiene personal del adulto mayor recibe cuidado de los pies, el 19.1% recibe cuidados de la boca, el 14.8% reciben cuidados de los oídos, el 12.7 % reciben cuidados de los ojos, el 10.6% reciben cuidados de los nariz, y el 8.5% reciben cuidados de las manos. En el cuidado de los pies el 68% de los adultos mayores no reciben cuidados de su piel, el 31.9% si reciben dicho cuidado. En la alimentación que el 36.1% consumen proteínas, el 34% consumen hidratos de carbono, el 29.7 consumen grasas. En la función de eliminación el 42.5% presentan incontinencia urinaria, el 29.7% presentan estreñimiento, el 27.6% presentan diarrea (21).

En la ciudad de Camagüey-Cuba en el 2009 se realizó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de determinar el estado nutricional de los 63 adultos mayores pertenecientes a la casa de abuelos Amalia Simoni de Agramonte en el período comprendido del 1º de enero del 2007 al 30 de Junio del 2007, la muestra de tipo intencional no probabilística coincidió con el universo. El universo estuvo constituido por los 63 adultos mayores que era la matrícula de la casa en el momento de la investigación. Se les aplicó una encuesta y una vez recogida la información fue procesada por el programa computarizado Excel, los resultados fueron los siguientes el mayor grupo de edades correspondió al de 75 a 79 años con el 26.98%, le sigue el grupo de 80 a 84 años con el 25.39% y no muy distante el de 70 a 74 años con el 15.87%; como se puede apreciar ya corresponden a adultos viejos y el menor grupo está integrado por los más jóvenes de 60 a 64 años (ancianos jóvenes) hay que tener en cuenta que para algunos la ancianidad comienza a partir de los 65 años. El sexo más afectado fue el masculino (66.66%), precisamente el más necesitado de este tipo de institución, pues por cuestiones de machismo es el menos preparados para enfrentar las labores hogareñas solo. Según el índice de masa corporal la mayor cantidad de los adultos mayores estaban en el rango de normo peso 38 (60.31%), seguido por los sobrepeso y obesos con el 20.63% y el 14.28 % respectivamente. Por el índice cintura/cadera la frecuencia de obesidad fue del 74.60%. Si se tiene en cuenta el índice cintura /cadera que también usa

parámetros diferentes para mujeres y hombres se observa que con un índice de más de 95 para los hombres hubo 26 obesos para el 55.31% de un total de 42 obesos, de ellos 21 mujeres para el 44.68 %. Los 26 hombres son el 66.66% de los 42 del sexo masculino, pero las féminas son 21 obesas de 21 en total son el 100%. Como se aprecia, al utilizar parámetros distintos de medición se obtienen resultados muy diferentes. De una población de 63 se encontraron 27 obesos (42.85%) por el diámetro abdominal. El diámetro abdominal no es como el índice de masa corporal que no se relaciona con el sexo, aquí se toma como parámetro para los hombres más de 97 centímetros y se obtienen 10 con obesidad que representan el 37.03% de los 27 obesos, mujeres (17) representan el 62.96 % de 27. Si se analiza los hombres obesos 10 de 42 vemos que el 23.80 % y 17 mujeres de 21 también lo son para el 80.95. Esto quiere decir que en esta población la obesidad fue más frecuente en el sexo femenino. Nótese que con este parámetro hubo mayor cantidad de obesos que con el índice de masa corporal (22).

En la Región Metropolitana (RM) de Chile se realizó un estudio para medir la calidad de vida de los adultos mayores, de tipo descriptivo, transversal, en el que se compararon los dos grupos de adultos mayores beneficiados por los dos tipos de vivienda. En 1998 se inició el subprograma de vivienda en condominio, por lo que el universo en estudio lo constituyeron adultos mayores que ingresaron al programa entre 1998 y 2001. Los beneficiarios eran 155 de viviendas en condominio y 218 de viviendas básicas en edificio, ambos grupos provenientes de siete comunas de la Región Metropolitana (RM). El total de adultos mayores a estudiar era 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 Este instrumento consta de 26 preguntas, cada una con 5 categorías tipo Likert1-5. El centro WHOQoL España autorizó y facilitó el instrumento, proporcionando la clave de códigos y algoritmos de corrección (Centro de WHOQoL-BREF Barcelona, España). Este test ha demostrado tener buena validez discriminante de contenido y confiabilidad test-retest. Se estudiaron 276 adultos mayores, 124 de condominio (44,9%) y 152 de edificio (55,1%), de siete comunas periféricas de la RM, resultados WHOQoL-BREF. De un máximo de 5 puntos a ¿cómo calificaría su calidad de vida?, los adultos mayores de condominio alcanzaron 3,2 puntos y los de edificio 2,8. Para ¿cuán satisfecho está de su salud?, en condominio alcanzaron 2,9 puntos y los de

edificio 2,6. En este estudio se pudo establecer que los beneficiarios de vivienda en condominio tenían mejor percepción de calidad de vida (23).

En la ciudad de Antofagasta, Chile se realizó un estudio llamado factores vinculados a la calidad de vida (CV) en la adultez mayor, el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. Se repartieron 600 cuestionarios a AM pertenecientes a agrupaciones gubernamentales y no gubernamentales, retornando 450 cuestionarios. Cuarenta y cuatro cuestionarios fueron eliminados por incompletos. La muestra final estuvo constituida por 406 participantes, de los cuales 359 pertenecían a organizaciones sociales (88,4%) y 47 AM contactados por redes informales (11,6%). 335 eran mujeres (82,5 %) y 71 hombres (17,5%). La edad osciló entre los 60 y los 90 años, con una media de 71 años (DE=6,7) en la muestra total. El 76,1% de los evaluados reportaron presencia de enfermedades diagnosticadas, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (19%), diabetes mellitus (9,9%) y las musculoesqueléticas (9,6%). Independientemente de la presencia de una enfermedad diagnosticada, 38,4% de las personas perciben sentirse enfermas, mientras que 57,4% no se sentía enfermo. La Calidad de vida se evaluó a través del WHOQOL- Old. Al analizar por presencia de enfermedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de los dominios entre ambos grupos. Al estratificar por percepción de enfermedad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en todos los dominios evaluados, siendo mayor la media obtenida por el grupo que no se siente enfermo en los dominios de autonomía ($t(387)=-2,62$, $p<,01$; $r=,13$), actividades del pasado, presente y futuro ($t(263,842)=-5,10$, $p<,01$; $r=,30$); participación social ($t(282,359)=-5,08$, $p<,01$; $r=,29$), intimidad ($t(387)=-4,71$, $p<,01$; $r=,23$) y a nivel de la evaluación global de la CV ($t(275,332)=-2,83$, $p<,05$; $r=,17$). El grupo que se percibe como enfermo tuvo una media significativamente mayor que el que no en los dominios de habilidades sensoriales ($t(387)=2,57$, $p<,05$; $r=,13$) y muerte y el morir ($t(303,394)=3,46$, $p<,05$; $r=,19$). El Propósito en la vida está asociado a la calidad de vida de las personas que no se perciben enfermas, posiblemente este posibilitaría una adaptación positiva a esta etapa, y permitiría recuperar aspectos que proporcionan una vida más plena, rescatando el derecho a sentir que se tiene un futuro. Este factor tiene mayor probabilidad de desarrollarse, en la medida que el AM realice una evaluación satisfactoria de lo vivido. Al tomar en cuenta los hallazgos de esta investigación, se puede concluir que los factores

comunes relevantes para la evaluación de la CV en el AM serían el apoyo social y la autoaceptación, elementos importantes de incluir en los programas de intervención gubernamentales como no gubernamentales destinados a favorecer la CV del AM (24).

2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.2.1 Calidad de vida

El término calidad, desde su concepción semántica, vemos que apunta a un subjetivismo de carácter circunstancial, puesto que, se consideran parámetros de medición de calidad, de acuerdo a afectos y preferencias. En la Grecia antigua, por ejemplo, Aristóteles, ya hablaba de la felicidad como síntoma de una buena calidad de vida del hombre (Ética a Nicómaco). Desde el punto de vista epistemológico, en el campo de la salud, el tratamiento de esta temática, sobre la calidad de vida, se evidencia durante los años 90 del Siglo XX, y en la actualidad vemos como se han proliferado los estudios sobre este tópico, notándose un gran interés sobre esta problemática (25).

Durante los años 50 del Siglo pasado, el tema cobra mucho interés con respecto al bienestar del ser humano desde la perspectiva de la calidad y nivel de vida que deben tener las personas, mas no medido desde el punto de vista monetario; sino como sustento y disfrute de su existencia terrenal (ONU, 1954). Se observó que, en 1964, por primera vez, el trigésimo sexto presidente de los Estados Unidos, Lyndon Jonson, usó la terminología calidad de vida (CV), y lo hizo dentro de su plan político para atender los problemas de salud de la población estadounidense (26).

Históricamente la terminología (CV) ha variado, sobre todo en los últimos 30 años, desde la concepción sociológica ha transmutado a la psicosocial, ya que esta última considera algunos aspectos de la vida de las personas desde la óptica de la satisfacción (27).

Encontramos una diversidad de conceptos sobre calidad de vida; por ejemplo los estudiosos Felce y Perry (26) consideran tres diferentes conceptos y confluyen en una cuarta que no es más que una compilación de las anteriores, así: “ 1) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos,

es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; y, por último, 4) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales”.

En la actualidad el concepto (CV) aún marca una complejidad semántica; puesto que experimenta la intromisión y el condicionamiento de algunos factores de índole objetivo y subjetivo. El aspecto objetivo se relaciona con las características del funcionamiento físico, social y psíquico; en tanto que el subjetivo se relaciona con el bienestar o la satisfacción personal. Y la interrelación de estos dos aspectos nos da como resultado la calidad de vida como un estado de bienestar, satisfacción o felicidad (27).

Al hablar de satisfacción, armonía del cuerpo y armonía de la psiquis pienso que, para que se de este estado ideal, la calidad de vida debe estar conformada o estructurada por los siguientes ámbitos:

1. Bienestar físico, relacionado a la salud y la seguridad física.
2. Bienestar material, relacionado al nivel económico.
3. Bienestar social, afín a las relaciones personales.
4. Bienestar emocional, vinculado la autoestima, mentalidad, creencias y su inteligencia emocional.
5. Desarrollo, referente a la productividad personal.

En la práctica vemos que el concepto de calidad de vida ha sido abordado desde diversas áreas del conocimiento, así por ejemplo: por la sociología, economía, filosofía y fundamentalmente por la medicina; cada una de estas áreas, para su abordaje utilizan diferentes perspectivas, objetivos, parámetros e instrumentos de medición del impacto y niveles de calidad que se presentan en los grupos humanos a nivel local y mundial.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), como uno de los organismos especializados que gestiona políticas de salud para la prevención, así como la promoción y sobre todo la intervención, a nivel del mundo, sostiene que la calidad de

vida viene a ser el resultado de la autovaloración que una persona hace acerca de su vida vinculada con su contexto (cultura, sistema de valores), sus metas y anhelos (28).

Por otro lado la Organización de las Naciones Unidas (ONU), por medio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), tiene el programa sobre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como uno de los indicadores para la medición de la calidad de vida. Los parámetros que consideran para emitir sus resultados son: la esperanza de vida, el nivel de educación, posibilidades de obtener una vivienda, además la calidad de la alimentación. Bajo estos principios, la calidad de vida, en todos los países del mundo, debe ser el propósito para tener a sus ciudadanos con un alto nivel de satisfacción y un bienestar supremo (28).

Minayo et al (28) argumenta la correlación del concepto de Calidad de Vida, en 3 marcos de referencia:

1. **Histórico:** Cada sociedad experimenta diferentes medidas de (CV) dependiendo de la época y circunstancias que viva.
2. **Cultural:** las costumbres y las tradiciones de cada sociedad o comunidad marcan y determinan la práctica de valores y sus necesidades más urgentes que se presentan en el día a día. Una de las investigaciones a nivel cultural desarrollado por la OMS, tomando como el instrumento de evaluación de Calidad de Vida (WHOQOL-100), se pudo establecer que existe un distinto valor cultural en las personas que tienen una vida con independencia en los EE.UU, eso quiere decir que la autonomía y el valerse por sí mismo en sus quehaceres es un aspecto muy importante, este resultado difiere con la forma de actuar y pensar de la gente en los países orientales, ya que tienen una forma opuesta a las concepciones de los norteamericanos, ellos consideran un egoísmo, ya que el no depender de otros significa no ser una carga para los demás (28).

Si hablamos de una investigación científica, los instrumentos que se utilizan para obtener la medición de la calidad de vida relacionado con el estado de salud (CVRS), deben adoptar ciertas características para que el enfoque conceptual y de confiabilidad tengan la validez científica y puedan ser contrastados con los comportamientos culturales de otros sociedades o pueblos (28).

3. **Clase social a la que se pertenece:** Otro factor importante para la medición de la calidad de vida es el status o clase social en la que se inserta el ser humano; por supuesto que no es determinante; pero influye en gran medida a la hora de valorar la calidad de vida de esa sociedad.

Dentro del marco teórico he podido determinar que dentro de los países que se observan que tienen una mejor calidad de vida en Latinoamérica, encontramos ocupando los primeros lugares a países como: Chile, México, Brasil y Argentina. En tanto que a nivel mundial localizamos a países como: Suiza, Noruega o Luxemburgo, donde las estadísticas demuestran un alto nivel de buena calidad de vida de sus habitantes (28).

2.2.1.2 Componentes de Calidad de vida Relacionado con la vejez.

2.2.1.2.1 Muerte: El final de la vida

La concepción de la idea de la muerte, a lo largo de la historia de la humanidad, es indescifrable; ya que distintas áreas se han ocupado de ella, para ciencia es el fin de la vida, desde el punto de vista filosófico tenemos diferentes aseveraciones como la separación de la esencia y la destrucción de la materialidad corporal, en tanto que para la religión es la separación del cuerpo y del alma. Cualquiera que fuere su concepción, desde el punto de vista personal, es un tema que atormenta, asusta, por el mero hecho de no querer separarnos de este mundo; este letal hecho, que todos los seres nos tiene que ocurrir, solo se experimenta a través de los otros; así como también por las historias impregnadas en los mitos culturales, que se han ido gestando de generación en generación; pues nadie puede experimentar personalmente y cuando esto ocurra, es decir cuando se muere, nadie puede transmitir esas experiencias o vivencias de este dejar de existir (29).

El psicólogo Silva (30) sostiene que el peor miedo del adulto mayor ante la cercanía de la muerte no es a la misma muerte en sí, sino al olvido y el abandono, el tema de la vejez se divide social y culturalmente en tres razones: la edad biológica de una persona, el rol social que desempeña y la capacidad de adaptarse a la realidad de acuerdo con la edad

que está viviendo. “En la sociedad se considera que el adulto mayor está más cerca de la muerte por los años que tiene y porque experimenta pérdidas como facultades físicas, disminución de la energía de la vista, así como la presencia de enfermedades”.

Según se puede observar en muchos estudios que han realizado durante los años setenta, en los Estados Unidos, se observa que la concepción que los ancianos tienen miedo a la muerte no es verídica; más bien los estudios revelan que los ancianos o los llamados adultos mayores tienen miedo a las enfermedades que les pueden atacar, los distintos sufrimientos a los que están abocados y fundamentalmente a perder a su pareja (30).

2.2.1.2.2 Morir para descansar

Por otro lado, muchos adultos mayores, tienen la convicción que con la muerte, ya sea como producto de su avanzada edad o por la intromisión de alguna enfermedad, pasan a una etapa de descanso luego de muchos años de haber vivido. Sin embargo, esto podría darse; siempre y cuando este anciano ha realizado una autoevaluación de su paso por este mundo, como una etapa digna y con una calidad de vida fructífera y llena de satisfacciones (30).

Silva (30) dice: “El anciano hace una evaluación final sobre el curso de su vida, si ésta es positiva, puede sentirse listo para partir por un sentido de trascendencia; es un escenario ideal al que puede llegar una persona que se siente lo suficientemente preparada para morir”. Sin embargo, es necesario saber distinguir un escenario como el explicado anteriormente, de una persona mayor que se ha deprimido por las pérdidas sociales o familiares y eso lo conduzca al deseo de no vivir más (30).

En este sentido la reflexión sobre la muerte, vemos que no es preocupante; puesto que el factor preponderante en el pensamiento de las personas está el tema al abandono y no a la misma muerte. Esto se puede observar que mientras pasan los días y van perdiendo ciertas facultades físicas y mentales, el adulto mayor, va convirtiéndose dentro de su núcleo familiar una carga y ésta es una de las causas para que el anciano entre en una etapa de depresión. Problemas más comunes que están asociados con la muerte, ya que la depresión ataca en momentos de crisis, soledad y abandono. Por ello que la

mejor terapia que se les puede brindar a los ancianos es ayudarse a realizar una autoevaluación de su vida, sacar balances positivos de todas sus actividades ejecutadas, como un ser valioso para la sociedad y sus congéneres (31).

2.2.1.2.3 Participación social

Para tratar esta temática nos referiremos a la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, desarrollada en Madrid el año 2002. La temática tratada en este cónclave se ciñó de manera fundamental la participación en el campo social de este grupo de personas mayores, principalmente dentro de sus dos dimensiones principales: la contribución que pueden hacer a la sociedad y la calidad de vida que presentan dentro de una población económicamente activa. En lo referente a la primera dimensión la contribución que pueden hacer este tipo de personas, dentro de la dinámica social, podría ser una problemática ya descontada, desde la perspectiva de la esperanza de vida que tienen este grupo de seres, no se puede asumir a todos los mayores que son una carga social para el Estado y sus familias, al contrario, es un grupo humano que puede dar mucho, desde la participación, cultural, política y de ayuda a la sociedad. Por otro lado debemos considerar las contingencias que representa su participación y que podríamos considerar factores débiles y esto tiene que ver desde el mismo punto de vista de la edad avanzada y sus oportunidades para ofrecer a la sociedad, esto hace que sus actividades sean poco valoradas, porque detrás de ellos los avances y el desarrollo social y material es muy importante (31).

Sobre su participación social y que puede contribuir a la calidad de vida, podemos observar que los múltiples estudios apuntan a tratar el impacto que tienen en la satisfacción, la depresión, la integración, etc. Estos factores vienen a constituirse en una fortaleza para proponer proyectos de vida y que su implementación repercute, principalmente en el mejoramiento de la calidad de vida, de ahí que muchos gobiernos están empeñados en proponer alternativas para obtener el llamado “envejecimiento positivo”; y que se tiene que mirar mucho más lejos, toda vez que con estos programas se busca la incorporación de los adultos mayores dentro de una sociedad inclusiva y que puede gozar de las mismas oportunidades de vida dentro de sus hogares, familias y sociedad en su conjunto (31).

Redes de apoyo, composición y eje de la Calidad de Vida.- Esta alternativa es vista desde la óptica de la integración de la dinámica colaborativa que pueden experimentar los adultos mayores; es así que desde la antigüedad ya se tenía esta concepción de integración del hombre; por ello que el maestro Aristóteles, afirmaba que “El hombre es un ser social por naturaleza”. Entonces la integración es el eje fundamental para la supervivencia de los seres como adultos mayores; todos necesitamos la convivencia armónica; pero los mayores lo necesitan un poco más, por su misma condición que están fuera de las actividades sociales del trabajo y en muchos de los casos han sido abandonados, de ahí que la presencia del otro es fundamental para el mejoramiento de su calidad de vida. Estas actividades nos sorprendería aún más si tenemos resultados positivos al conformar redes personales con este grupo de personas; pues su autoestima se vería elevada y sobre todo la integración y la comunicación son la clave dentro de estas actividades, que se ve que se han implementado a lo largo de las ciudades de nuestro país (32).

De acuerdo a Lynn M. Martire, PhD de la Universidad de Pennsylvania, y Melissa M. Franks, PhD de la Universidad de Purdue, el impacto de las redes sociales de apoyo en los adultos mayores es extraordinario. A través del estudio “The Role of Social Networks in Adult Health: Introduction to the Special Issue”. Con ello vemos que estos estudios, las académicas demuestran que, dentro de los múltiples beneficios, el tener una red social diversa está ligado con mejoras en la salud tales como una mayor inmunidad contra enfermedades infecciosas así como un mejor rendimiento cardiovascular. El integrar a las personas en estas redes, quienes no comprenden de los efectos positivos se sorprendería que tan efectivo resultan estas redes de apoyo para mejorar el estado emocional, principalmente combatir el estrés y entre en un bienestar psíquico y social (32).

Según las concepciones de la Red Latinoamericana de Gerontología “las redes sociales de apoyo se refieren al conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, con el fin de evitar el deterioro real que podría generarse cuando el adulto mayor enfrenta dificultades, crisis o conflictos”. De ahí que se desprende que todas las

redes sociales que puedan conformar este grupo de personas, vienen a fortalecer su seguridad social y psíquica concomitante al envejecimiento de las personas y se puede obtener resultados positivos sobre su satisfacción y el sentido de vivir y ser útiles a la sociedad haciendo lo que les queda como últimos aportes a la sociedad. En el siguiente diagrama se muestran los diferentes tipos de apoyo que se pueden brindar (32):



FUENTE: "Redes sociales de apoyo con adultos mayores", Red Latinoamericana de Gerontología.



Se puede observar que las redes de apoyo que han sido puestas a disposición son de dos tipos, vemos por un lado las formales que brindan las instituciones públicas y particulares; otro tipo de redes son las informales y que son las que están integradas por los más allegados como son los amigos, la familia, los vecinos, etc. Aquí se puede ver que la ayuda es más personalizada; ya que pueden realizar acciones puntuales e intervención de personal de beneficencia voluntario o tal vez remunerado (32).

A continuación se enlista las diferentes redes sociales de apoyo que existen:

1. **Red social primaria:** El origen de esta red es de naturaleza informal y está compuesta por la familia, vecinos y amigos. Como su nombre lo indica esta red es primordial y es el núcleo de las necesidades más básicas de cualquier individuo (Ej. Socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus). La complejidad de las interacciones que surgen a partir de esta red se da cuando los familiares se enfrentan a las pérdidas que el envejecimiento conlleva y no saben cómo manejarlas; esto se debe a que en la mayoría de los casos no reciben la información necesaria que les explique los cambios físicos, psicológicos y sociales por los que atraviesan los adultos mayores (32).
2. **Red comunitaria:** Esta red se institucionaliza a nivel local y es conocida también como red secundaria. Las personas de edad tienden a buscarla en organizaciones altruistas y civiles o bien en instituciones de beneficencia que desarrollen algún programa o proyecto asistencial en la comunidad, con la expectativa de obtener algún apoyo (material, instrumental, emocional, cognitivo). Muchas veces estas redes son difíciles de encontrar ya que existe una gran rotación del personal que las gestiona (32).
3. **Red interinstitucional:** Esta red la componen tanto organismos públicos como privados. Específicamente la representan instituciones públicas creadas par atender necesidades de vulnerabilidad física, económica o bien psicológica presentes en los adultos mayores. Es probable que sin los apoyos proporcionados desde las redes primarias y secundarias la red institucional difícilmente podría facilitar apoyos complementarios a falta de presupuesto. La desventaja que encontramos en esta red es la baja calidad de los servicios proporcionados y el bajo seguimiento individualizado (32).

El implementar las redes sociales nos da la oportunidad de observar el apoyo que pueden recibir nuestros adultos mayores dentro de la convivencia armónica dentro de la sociedad y que pueden crear vínculos interpersonales sustentados en la sana socialización, la solidaridad y la empatía (33).

2.2.1.2.4 Adulto Mayor y Participación

Como normativa legal, el adulto mayor está amparado dentro de un aparato jurídico que le protege a nivel local, nacional y mundial, principalmente su participación social es un derecho que está consagrado en la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en 1991, “Las personas de edad deberán: permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes; poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades; poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada” (33).

Participación: Característica intrínseca e innata de los humanos asociada a su instinto gregario. Kliksberg plantea: “En la naturaleza de los hombres se encuentra involucrada la exigencia de que en el desenvolvimiento de su actividad productora, tengan la posibilidad de empeñar la propia responsabilidad y perfeccionar el propio ser”. Participar se emplaça sobre una acción natural y básica: el hecho de relacionarse e integrarse con otros. “Se entiende por participación la capacidad real, efectiva del individuo o de un grupo de tomar decisiones sobre asuntos que directa o indirectamente afectan sus actividades en la sociedad”. Participar es un proceso de interacción personal. Consiste en tomar parte activa, y comprometida en una actividad conjunta “existe una satisfacción que experimentan los individuos como resultado en las actividades sociales que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional” (33).

El hecho de entrar en un trance final de su existencia, los adultos mayores ven como sus posibilidades de interacción van disminuyendo, experimentan cambios, sus actividades sociales ya no son las mismas, se ven disminuidas, así como su capacidad comunicativa se ve resquebrajada además de acuerdo a sus circunstancias su autoestima también se ve deteriorada. El papel que juegan las organizaciones que velan por la integridad de los adultos mayores es el entregar una identidad personal y grupal, esto permitirá que sean reconocidos dentro de medio social donde puedan reclamar sus derechos y no ser vulnerados por los grupos de poder. “La participación es una necesidad vital

indispensable para la autorrealización personal de las personas mayores ya que la participación en actividades sociales e interacciones significativas permite el desarrollo de las potencialidades y recursos que poseen” (33).

2.2.1.2.5 La religión y la espiritualidad en la vejez

Sobre estas temáticas podemos afirmar que, son dos conceptos similares; pero, no idénticos. Sabemos que la religión, se ocupa de un campo institucional, como algo estructurado, donde se puede observar que para su práctica deben someterse a ciertas actividades y rituales propios de la religión que profesan. En tanto que, la espiritualidad tiene que ver a la parte inmaterial, intangible, algo más personal, que no hace falta el ligarse con ningún grupo ni organización. Al ser, la espiritualidad la manifestación intrínseca personal del individuo, más bien hace alusión a los sentimientos, los pensamientos, las experiencias y los comportamientos que tienen que ver con el alma o una constante búsqueda de la paz interior, de Dios o de algo Sagrado (34).

En este sentido la religión implica acuerdos y compromisos de grupo; en tanto que la espiritualidad por ser de carácter personal e íntimo no se sujeta a preceptos ni requisitos. Por ello que las personas pueden rechazar la religión tradicional, pero pueden ser muy espirituales. Un dato muy curioso se ve en los Estados Unidos, el 90% de los ancianos se consideran religiosos o espirituales, esto quiere decir que estas personas buscan una paz interior, una armonía con lo metafísico y lo sagrado; alrededor del 6 al 10% son ateos y no buscan significado a través de la religión o una vida espiritual (34).

Ahora esta es la razón para que la mayoría de las investigaciones evalúen a las personas y su relación con la religión, y resulta un poco complejo el evaluar a la espiritualidad. A la religión se le puede evaluar utilizando medidas tales como la asistencia a los servicios religiosos, la frecuencia de las prácticas religiosas privadas, el uso de mecanismos religiosos para hacer frente (por ejemplo, orar, confiar en Dios y religiosidad intrínseca (compromiso religioso interiorizado). Para la mayoría de los ancianos en los EE.UU., la religión tiene un papel importante en su vida, con alrededor de la mitad de ellos asistiendo a los servicios religiosos por lo menos una vez por semana (34).

Otro dato que se puede considerar dentro de este análisis es el nivel de participación religiosa de los ancianos, que su frecuencia es mayor que en cualquier otro grupo de otra edad. Para ellos el acercamiento religioso es un signo de apoyo social y comunitario fuera de su núcleo familiar, el participación en algunas organizaciones de tipo religiosas es un signo de experimentar actividad y relación social, más común que todas las otras formas de actividad social voluntaria combinadas (34).

Beneficios

Uno de los aspectos fundamentales es que la práctica de la religión tiene el don del mejoramiento de la salud física y mental, es lo que se puede llamar un sanamiento interior a partir de la experiencia con las daciones que puede llevar la fe a las personas, esto es la intervención directa de la gracia divina; sin embargo, los la relatividad de las afirmaciones hace que no se pueda precisar la participación en la religión organizada contribuye a la salud o si personas psicológicamente o físicamente más sanas son atraídas por grupos religiosos (34).

Beneficios psicológicos

La religión puede proporcionar los siguientes beneficios psicológicos:

- Una actitud positiva y esperanzadora sobre la vida y la enfermedad, que predice mejores resultados de salud y menores tasas de mortalidad
- Un sentido de significado y propósito en la vida, que afecta las conductas de salud y las relaciones sociales y familiares
- Una mayor capacidad para hacer frente a la enfermedad ya la discapacidad

Desde el punto de vista de la experiencia algunos adultos mayores afirman que la religión es uno de los factores más importantes que permite encarar los problemas de salud física y las tensiones de la vida (por ejemplo, disminución de recursos financieros, pérdida de un cónyuge o pareja). En un estudio, 90% de los pacientes ancianos confiaban en la religión, al menos en un grado moderado, cuando enfrentaban problemas de salud y circunstancias sociales difíciles. De ahí que el mantener una actitud positiva y

esperanzadora sobre el futuro coadyuva a las personas con problemas físicos a permanecer motivadas para recuperarse (34).

Se ha visto, según algunas experiencias que las personas que utilizan como mecanismo la práctica religiosa tiene menos posibilidades de desarrollar depresión y ansiedad en quienes que se mantienen al margen de estas prácticas. Esta experiencia es muy evidente en personas que sufren discapacidad física o están pasando por un momento de dolor. Incluso la percepción de la discapacidad parece ser alterada por el grado de religiosidad (34).

Otra de las investigaciones que corroboran a esta concepción beneficiosa de la práctica religiosa es de las mujeres ancianas con fracturas de cadera, las más creyentes religiosas tenían las tasas más bajas de depresión y eran capaces de caminar significativamente más lejos cuando fueron dadas de alta del hospital que las que eran menos religiosas. Asimismo, se ha visto que muchas personas con prácticas religiosas tienden a una recuperación más rápida de la depresión (34).

Prácticas de promoción de la salud

Dentro de este planteamiento se afirma que los adultos mayores que tienen una férrea participación activa en estos centros de carácter religioso experimentan un elevado funcionamiento positivo de su salud, se mantienen más lúcidas y con una vibra rejuvenecedora en su estado físico y su salud corporal. Se observa también que muchos grupos de práctica religiosa (Mormones, Adventistas del séptimo día, etc.) practican una serie de comportamientos que a la postre terminan con un mejoramiento de la salud, concomitante a estas prácticas ellos evitan el consumo de tabaco y de alcohol, como es lógico son sustancias dañinas al cuerpo. Se dice que los miembros de estos grupos son menos propensos a desarrollar trastornos relacionados con sustancias, y viven más tiempo que la población general (34).

Beneficios sociales

Otro de los beneficios se observa que estas creencias y prácticas religiosas, tienden a menudo, fomentar el desarrollo y fortalecimiento de estas comunidades y de las redes de

apoyo social. Este constante aumento que tienen con el contacto social para los ancianos tiende a aumentar la probabilidad para que las enfermedades se detecten temprano, con ello se pueden cumplir con los protocolos de tratamiento ya que los miembros de su comunidad pueden interactuar con ellos y darles las atenciones pertinentes para el mejoramiento de su salud y sobre todo la atención médica a tiempo. Esto hace que estas personas que tienen tales redes comunitarias tengan menos probabilidades de descuidarse a sí mismas (34).

Cuidadores

La religión está basada en la fe y esta hace también que beneficie a los cuidadores. En una de las investigaciones de cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer o cáncer terminal, los cuidadores que demostraron una fe religiosa personal muy fuerte y muchos contactos sociales fueron los más capaces de hacer frente a las tensiones de la prestación de cuidados durante un período de 2 años (34).

Efectos dañinos

En contraposición con las aseveraciones que hemos venido sosteniendo hasta aquí, también se ha detectado que la práctica religiosa no siempre trae beneficios para los adultos menores. Su práctica puede tender a sostener un grave sentimiento de culpabilidad, inflexibilidad y ansiedad, entonces las teorías pueden ser relativas. Estas preocupaciones religiosas y los delirios pueden desarrollarse en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, esquizofrenia o psicosis (34).

Esta contraposición nos lleva a observar que algunos grupos que practican religiones tienden a desalentar la atención de la salud mental y física, como terapias potencialmente salvadoras (por ejemplo, transfusiones de sangre, tratamiento de infecciones que amenazan la vida, terapia con insulina) por la sustitución de rituales (por ejemplo, orar, cantar o encender velas). En muchos casos estos grupos religiosos que son más rígidos tienden a aislar y alienar a los adultos mayores de los miembros de la familia no participantes y de la comunidad social más amplia (34).

Historia espiritual

Para el tratamiento de los ancianos, el médico, en muchas ocasiones puede estar dispuesto a indagar a sus pacientes sobre sus creencias religiosas que forman parte del desarrollo de su vida, con ello se puede cercioran sobre la influencia de sus creencias, así como detectar si forma parte de alguna comunidad religiosa o espiritual y cómo les gustaría que el profesional de la salud les atendiera (34).

Como forma alterna, los profesionales tienen la posibilidad de solicitar que describan sus mecanismos de supervivencias más significativas. En estos casos si la respuesta no es religiosa, se puede preguntar a los pacientes si los recursos religiosos o espirituales son de alguna ayuda (34).

Entonces depende de la relación que tengan los pacientes con estas comunidades religiosas, en caso de no pertenecer se les indagará acerca de las barreras que no les permiten integrarse a este tipo de grupos. Sin embargo, los practicantes no deben forzar creencias religiosas u opiniones sobre los pacientes o entrometerse si los pacientes no quieren ayuda (34).

Referencia al clero

Un factor muy importante es que algunos miembros del clero forman parte del personal que da asistencia gratuita a estas personas. En estos casos los pacientes prefieren profesionales con una formación científica para que les asistan en estos momentos, toda vez que muchos clérigos no tienen ese ingrediente científico que les garantice un efectivo asesoramiento (34).

Sin embargo, la relatividad del tema hace que, muchos clérigos hospitalarios tienen una amplia formación científica en las necesidades mentales, sociales y espirituales de los ancianos. En estos casos el grupo de atención se vuelve una fortaleza y sobre todo un potencial para que los pacientes se sientan seguros de su acompañamiento (34).

Otra fortaleza de este grupo de ayudadores a este tipo de pacientes, es cuando este personal se convierte en los consejeros confidenciales en sus hogares luego que han

sido dados de alta y ellos les pueden proporcionar limpieza, alimentación, transporte, etc (34).

Apoyo a las creencias y prácticas religiosas de los pacientes

En muchas ocasiones vemos que los pacientes buscan atención médica científica y no necesariamente la que está relacionada con el campo religioso. Esto no quita que los médicos no puedan tratar temas religiosos y espirituales dentro de su práctica médica; siempre y cuando no interfiera con la atención médica necesaria, ya que pueda ser que esta participación vaya a contribuir a una buena salud. Estudios y prácticas experienciales demuestran que muchas personas que participan activamente en los grupos religiosos, en particular en las principales tradiciones religiosas, tienden a ser más saludables (34).

Al no estar involucrados los pacientes en prácticas religiosas, es posible que no sepan de las bondades que ofrece esta sana práctica; por ello que, los profesionales de la salud pueden sugerir que los pacientes consideren actividades religiosas si los pacientes parecen receptivos y pueden beneficiarse de tales actividades, esto les da la posibilidad de proporcionar contacto social, reducir la alienación y el aislamiento y aumentar el sentido de pertenencia, de significado y de propósito de vida. Con estas prácticas los adultos mayores tienden a concentrar actividades positivas y de resiliencia de sus propios problemas, esto es un avance sumamente importante para un autoconocimiento de su verdadera realidad. Sin embargo, algunas actividades son apropiadas sólo para pacientes más religiosos (34).

2.2.1.2.6 Vida en pareja

Una de las características de los seres humanos es ese vínculo que les une con otros seres humanos y la capacidad de amar, por un lado y la de ser amados vienen a ser condiciones básicas para el bienestar del adulto mayor. Los estudios, nos dan estadísticas y establecen que las mujeres enviudan con mayor frecuencia que los varones, de ahí se sabe que existen más mujeres viudas que hombres viudos. Esto tiene una razón, pues los hombres se casan más rápidamente, esto nos da a entender que

ellos toleran menos la viudez que las mujeres, por ello que forman un nuevo hogar y necesitan que el afecto y el amor le llegue diariamente (34).

Se puede observar muy curiosamente que, en los albores del siglo XXI hay personas que se han casado una sola vez y siguen juntos luego de 30, 40, 50 y más años de matrimonio. Según estadísticas, 50% de las parejas que no son interrumpidas por la viudez, envejecen juntas sin problemas. La otra mitad convive en medio de problemas, con diversos grados de separación y divorcio, bajo el mismo o diferente techo. La llamada crisis matrimonial se cree que es la provocada por el llamado 'nido vacío' esto es cuando los hijos ya adultos se van de la casa para formar un nuevo hogar, casados, unidos o por independizarse (34).

2.2.1.2.7 Sexualidad en la tercera edad

Se cree que la sexualidad solo se puede dar durante la juventud y la madurez de las personas. Sin embargo los nuevos paradigmas se ocupan de este apartado de la sexualidad del adulto mayor. Este paradigma es el que se describe que en el aspecto sexual la mujer ha logrado su orgasmo gracias a los conocimientos de sus zonas erógenas y las técnicas de estimulación y autoestimulación, que pueden ser compartidas con sus parejas jóvenes o viejas, nuevas o antiguas. Además de la sustitución hormonal y los geles lubricantes, la mujer madura debe conservar, recuperar o desarrollar su poder de seducción como una cualidad social más. Y muchas lo han hecho siempre. Son las adultas mayores del grupo que se casan una y otra vez, cuando sus maridos abandonan este mundo. En los grupos de adultos mayores se sabe quiénes son: "se casan siempre las mismas", se quejan con envidia las mujeres mayores más tímidas (35).

En este acápite se dice que los jóvenes que pasaron de los 'brebajes del amor' y el rejuvenecimiento que cazaba incautos con pretensiones mayores a sus fuerzas, a las hormonas que eran eficaces sólo en caso de climaterio masculino comprobado, pasando por nutrientes y estimulantes generales, las prótesis peneanas cada vez más sofisticadas y aún vigentes para algunos casos de disfunción eréctil irreversible, hasta el citrato del sildenafil, la pastilla azul que en dos años cambió la cara de los desahuciados sexuales, para recuperar el falo rígido y llegamos al clorhidrato de apomorfina que facilita el ya

establecido reflejo eréctil por estimulación directa del glande, esto puede darse en cualquier edad, pero específica de las parejas adultas mayores desde hace décadas, algo que era un mito (35).

Sexualidad en la vejez. Diferencias hombre/mujer. Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolución	
Hombre	Puede ser menor, por razones psicosociales u hormonales.	Necesita más estímulos. Es más lenta. Los cambios son menos vigorosos. Puede haber dificultades en la erección.	Menos volumen de eyaculación. Menos contracciones, menos vigor en contracciones.	Se alarga claramente el tiempo entre una y otra erección.
Mujer	Suele ser menor, por razones psicosociales u hormonales.	Necesita más estímulos. Es más lenta. Los cambios son menos vigorosos. Puede haber dispareunia.	Menos contracciones. Menor vigor en contracciones. Mantiene capacidad multiorgásmica.	No hay una clara afectación.

2.2.2 Adulto mayor

Semánticamente el término adulto mayor, es atribuido a las personas que han pasado los 65 años de edad, también son llamados de la tercera edad. Al llegar a esta edad la persona experimenta cambios desde diferentes puntos, así tenemos cambios a nivel: biológico, social y psicológico (36).

En muchas sociedades el adulto mayor es sinónimo de experiencia, respeto, prestigio y status por su sabiduría, tradicionalmente son considerados maestros o consejeros. En cambio, en otras sociedades la realidad cambia, toda vez que el adulto mayor presenta una serie de problemas de autonomía, por este motivo han sido rechazados y excluidos (36).

La situación del adulto mayor varía enormemente del lugar en el que se desenvuelve; en los países desarrollados, el adulto mayor tiene mejores posibilidades de subsistencia, ya que tienen muchas facilidades, como son: el trabajo sin discriminación por la edad, el gobierno les otorga una pensión mensual, accesos a salud gratis y otros beneficios (36).

Cualquiera que fuere el lugar donde se desenvuelven los adultos mayores, el cuidado que deben recibir debe ser especial, pues el funcionamiento de sus facultades físicas y mentales se ven deterioradas y por ello que quienes estén con la responsabilidad de atenderle han de proporcionarles un estilo de vida saludable, tranquilo y sobre todo de disfrute de su familia y sobre todo de las actividades que más le gusta hacer. De tal manera que no sean rechazados por la sociedad, y su estado de vida sea más bien motivo de orgullo, satisfacción y felicidad y por ningún concepto sea una etapa crítica de su vida (36).

Según Ribera (29) las pérdidas vinculadas a la vejez, están relacionadas con 3 aspectos: fisiológicas, estilo de vida y factores de riesgo. En el primer caso responden a cambios que se operan con el transcurrir del tiempo y las condiciones medioambientales a los que está expuesto. Lo ideal en nuestros adultos mayores sería que envejeczan dentro de las mejores condiciones de vida: sin antecedentes de enfermedades graves, con la mínima exposición a factores de riesgo, sin un desgaste fisiológico significativo y con una excelente disposición de energía". "La mejor forma de hacer frente al envejecimiento y a

la vejez con sus problemas y efectos deletéreos, es fomentando un aumento en el grado de satisfacción vital de los adultos mayores y el mantenimiento de actividades acordes con las pautas de la vida adulta” (29).

2.2.3 Calidad de vida del adulto mayor

Para Velandia (37) la calidad de vida del adulto mayor es el resultado de la interacción entre diferentes factores como son: vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas; como se puede observar estos factores tienden a condicionar de las personas, teniendo en cuenta los cambios biológicos psicosociales y las adaptaciones del adulto mayor a dichos cambios, cada adulto mayor se adaptara de diferente manera y esto influirá en su salud, memoria, temor, abandono, muerte, dependencia o la invalidez.

Según Krzeimen (30) la calidad de vida del adulto mayor es el resultante de unas excelentes relaciones sociales; deberá asumir esta etapa de su vida como una etapa más de en su proceso vital y vivirla plenamente; de lo contrario, se vivirá como una etapa de disminución funcional y rechazo social.

Martín (31) menciona que la participación social significativa brinda una mejor calidad de vida del adulto mayor, la misma que para este autor consiste en realizar actividades de manera activa y con un compromiso de vida, condiciones que el adulto mayor debe asumir como la mejor alternativa.

O'Shea (37) dice que la calidad de vida del adulto mayor es una vida plena, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y las distintas concepciones del significado de una vida plena, para ello el adulto mayor, debe tener claro su autopercepción de su vida, tanto en ámbito cultural, práctica de valores y sobre todo la concepción de sus metas a corto y largo plazo.

El concepto subjetivo de la calidad de vida, nos lleva a asumir la correlación entre sus años de vida saludable y sobre todo las expectativas de la esperanza de vida, se podría asumir que mientras mejor calidad de vida tenga un adulto mayor, menores son las posibilidades de adquirir una discapacidad (26).

2.2.4 Determinantes de la calidad de vida del adulto mayor

Los condicionantes para determinar la calidad de vida de los adultos mayores son, fundamentalmente: las relaciones familiares, apoyos sociales, salud, estado funcional y el nivel económico. Esto no implica que en todas las sociedades estas variables van a presentarse de la misma manera. Sabemos que la calidad de vida varía de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia, los factores socioeconómicos y la educación estos son los factores que influyen; pero no quiere decir que sean los determinantes (38).

2.2.5 Enfermedades comunes en el adulto mayor.

El adulto mayor está expuesto a riesgos de enfermedades producto de su desgaste físico y la temporalidad, a ellas las llamamos las enfermedades crónicas (39).

Las características de las enfermedades crónicas, son la durabilidad en el cuerpo humano, que su progreso es lento. De hecho, el INEC en el año 2017 establece que 1 de cada 6 españoles adultos padece algún tipo de enfermedad crónica. Aquí enumeramos algunas de las enfermedades más comunes en personas mayores (39).

ARTRITIS Y ARTROSIS

La característica de la artritis es la inflamación en las articulaciones que suele provocar hinchazón articular. La artrosis suele ser una consecuencia de un cuadro de artritis grave. Casi todos los ancianos la sufren en alguna de sus articulaciones, aunque suele ser más común en mujeres que en hombres. En concreto, la artrosis aparece por la degeneración del cartílago articular a causa de la edad, provocando dolor en el movimiento y dificultades motoras. Normalmente los ancianos que la padecen pueden llevar una vida normal y disminuir el dolor siguiendo un tratamiento basado en antiinflamatorios, infiltraciones y rehabilitación. Asimismo, los casos más extremos pueden ser tratados mediante cirugía, sustituyendo las articulaciones dañadas por prótesis artificiales (39).

DIABETES

Prácticamente todas las personas de la tercera edad sufren diabetes. Las principales causas suelen ser el estrés, los malos hábitos alimenticios y la inactividad. Con un control por parte del especialista y el tratamiento adecuado, el anciano puede llevar una vida totalmente normal (39).

GRIPE

La gripe en personas mayores puede generar complicaciones y requerir hospitalización, debido a la aparición de problemas respiratorios. Por ello, la prevención es sumamente importante en el caso de que el anciano presente síntomas de resfriado o gripe (39).

ALZHEIMER O DEMENCIA SENIL

El Alzheimer y la Demencia Senil son las enfermedades más temidas por los ancianos ya que suponen una pérdida progresiva de su memoria y sus habilidades mentales; y por el momento no tienen cura.

La principal causa de estas enfermedades degenerativas es el envejecimiento del cerebro que provoca que las células nerviosas se vayan debilitando y atrofiando algunas zonas del cerebro (39).

PROBLEMAS AUDITIVOS Y VISUALES

El desgaste natural del oído debido al envejecimiento suele provocar cierto grado de sordera, que puede paliarse con éxito mediante audífonos. Del mismo modo que sucede con el oído, el envejecimiento puede provocar problemas visuales, por lo que es muy importante que el anciano se haga una revisión ocular anual para detectar si existe alguno y empezar con un tratamiento adecuado (39).

La miopía, la presbicia, las cataratas, el glaucoma o la tensión ocular son algunos de los problemas visuales más comunes en la tercera edad (39).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es común que los ancianos tengan la presión arterial alta pero este síntoma no debe tomarse a la ligera ya que la hipertensión arterial podría provocar problemas cardíacos más serios. Por ello, la adopción de hábitos de vida saludables y el control de la presión arterial es crucial alcanzada una edad avanzada (39).

HIPERTROFIA DE PRÓSTATA

La hipertrofia de próstata es una de las enfermedades más comunes entre los hombres de la tercera edad. Se debe a un crecimiento excesivo de la próstata, lo que provoca problemas para orinar, provocando en los casos más graves infecciones y cálculos renales.

Beber agua antes de acostarse y reducir el consumo de alcohol y cafeína son buenos métodos de prevención. Si la enfermedad está muy avanzada se puede realizar una cirugía prostatectómica, utilizada también en los casos de cáncer de próstata (39).

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis aparece como consecuencia de la disminución de la cantidad de minerales en los huesos, por ejemplo, de calcio. A causa de este problema, los ancianos tienen una mayor facilidad de sufrir fracturas. Esta enfermedad es más común en mujeres tras la menopausia debido a las carencias hormonales. Para paliar sus efectos, se recomienda incluir en la dieta un aporte extra de calcio y seguir una vida sana que incluya algo de deporte y dieta equilibrada (39).

Enfermedad tiroidea

Aunque las enfermedades tiroideas no son infrecuentes en los ancianos no siempre son diagnosticadas. Es común que el hipertiroidismo y el hipotiroidismo tengan manifestaciones subclínicas que pueden ser malinterpretadas y atribuidas al envejecimiento normal, sobre todo si hay comorbilidades y efectos de medicamentos. Asimismo, ambas disfunciones pueden presentarse con los mismos síntomas, como debilidad, confusión, depresión, caídas, trastornos en la marcha, incontinencia por

inmovilidad, insuficiencia cardíaca y modificaciones del ritmo intestinal, lo que dificulta el diagnóstico (40).

2.2.6 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), en 1948 la definió como "un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad" (25).

La Organización Mundial de la Salud en 1991 creó un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad. Esta definición fue la base de la creación del instrumento de la Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su elaboración, desarrolla el instrumento en diferentes culturas. La OMS definió en 1994, calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores (25).

Las medidas de CVRS deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos,
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Para Schumaker y Naughton es “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”. La autovaloración de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende de sus valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (25).

En la actualidad la longevidad ha aumentado pero no está relacionada con una mejor calidad de vida. El constante cambio tecnológico, aumento de la inseguridad, desempleo, cambios en la estructura de la familia son múltiples factores estresantes a los que estamos expuestos los seres humanos y esto genera estrés. El estrés predispone a la enfermedad y su resultado es una pésima calidad de vida. El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud estima para el 2020 que el stress sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida (25).

Como bien se conoce que a nivel mundial y en la población adulta existen diferentes enfermedades para las cuales existen tratamientos que evitan complicaciones, atenúan o eliminan sus síntomas y mejora el bienestar de las personas. Esto ayuda a las medidas clásicas de la medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) pero no ayudan para medir la calidad de vida. Por lo antes mencionado es necesario incorporar la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (38).

Patrick y Erickson definen la CVRS como “la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud” (38).

Para Schumaker y Naughton la CVRS es la apreciación relativa, influenciada por el estado de salud, la capacidad para realizar actividades diarias (38).

Shwartzmann considera la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que está compuesto por interacciones entre la persona y su medio ambiente. La calidad de

vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar Físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas (38).

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (38).

2.2.7 Herramientas para medir la calidad de vida

Para realizar el estudio se propone utilizar los siguientes instrumentos: WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF y escala de depresión geriátrica de YESAVAGE y el índice de KATZ.

2.2.7.1 WHOQOL-OLD Y WHOQOL-BREF

El proyecto WHOQoL-OLD (World Health Organization Quality of Life- Old) inicio en 1999, como una cooperación científica de varios centros, el objetivo principal fue desarrollar y evaluar una medida genérica de calidad de vida en adultos mayores para uso internacional y transcultural. Así se construyó el cuestionario WHOQOL-OLD, cuyo origen se remonta a los cuestionarios de calidad de vida de la OMS; WHOQOL-100 o el WHOQoL-Bref que fueron utilizados para medir la CV en la población adulta en general, de los cuales se pensaba que su uso era adecuado también en la población de adultos mayores. Estimando la posibilidad de que ciertas dimensiones son valoradas de una perspectiva propia en los distintos grupos etarios, se realizaron una serie de estudios pilotos en diversas regiones como Inglaterra, España, Francia, Japón, Brasil y otros que dieron como resultado la culminación de este instrumento transcultural. Este cuestionario está conformado por un total de 24 ítems en escala Likert de 5 opciones, asignados a 6

dimensiones: “Capacidades sensoriales”, “Autonomía”, “Actividades pasadas, presentes y futuras”, “Participación Social”, “Muerte y morir” y “La intimidad”. Cada una de las dimensiones tiene 4 elementos, por lo tanto, para todas las dimensiones el rango de puntuación posible está comprendido entre 4 a 20 puntos, siempre que todos los elementos de las dimensiones estén completos. Todos los elementos del instrumento pueden combinarse para producir una puntuación general para la calidad de vida en los adultos mayores. De acuerdo al manual de desarrollo de instrumento WHOQoL-OLD las dimensiones propuestas se relacionan con los siguientes conceptos: La dimensión "capacidades sensoriales" evalúa el funcionamiento sensorial y el impacto de la pérdida de los sentidos y habilidades en la calidad de vida. La dimensión "Autonomía" se refiere a la independencia en la vejez y por lo tanto describe la capacidad de poder vivir de forma autónoma y tomar decisiones propias. La dimensión "Actividades pasadas, presentes y futuras" describe la satisfacción sobre los logros en la vida y en la esperanza de continuar realizando u obteniendo cosas con interés, la dimensión "participación social" delinea la participación en actividades de la vida diaria, especialmente en la comunidad. La dimensión " Muerte y morir" está relacionada con inquietudes, preocupaciones y temores acerca de la muerte y el morir, mientras que la dimensión " intimidad " evalúa el poder tener relaciones personales e íntimas (30).

2.2.7.2 Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage

Según los autores del instrumento, la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros, según los criterios del DSM-IV-TR (41).

Se trata de un instrumento de autoreporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas “¿Siente que su vida está vacía?”, mientras que 10 son considerados ítems inversos “¿En el fondo está satisfecho con su vida?”. Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 30, en dónde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión. Existen evidencias robustas de que el instrumento funciona

adecuadamente como prueba de cribaje (screening) tomando en cuenta diferentes condiciones sociodemográficas, como nivel educativo y edad. Teóricamente la estructura factorial unitaria; sin embargo, los resultados posteriores evidencian una estructura multifactorial (41).

2.2.7.3 Índice de katz

Es una escala de valoración de las actividades de la vida diaria (AVD) abarca seis funciones humanas básicas. Proporciona un método objetivo para clasificar a los grupos heterogéneos de personas enfermas crónicas, discapacitadas y minusválidas, y describir sus necesidades de salud y los resultados (42).

Se utiliza para la medición de niveles elementales y valoración de las AVD consta de 6 ítems; baño, vestido, uso de W.C, movilidad y alimentación. Se basa en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas, es decir, se considera dependiente a una persona que se niega a realizar una actividad, aunque se considere que es capaz de realizarla (42).

Criterios de aplicación:

Se utiliza en individuos que manifiestan dificultad con las actividades de la vida diaria. Fue desarrollado en pacientes adultos mayores y con enfermedades crónicas muy heterogéneas. En la cual, con la ayuda de un interrogatorio al paciente, si su capacidad cognitiva lo permite o a su cuidador, así se pretende conocer lo que el individuo hace en realidad, no lo que era capaz de hacer (42).

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Analizar la calidad de vida desde una perspectiva de salud de los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba. Mayo-octubre 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las variables socio-demográficas de la población de estudio.
- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores mediante la aplicación de las escalas WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF (capacidades sensoriales, autonomía, actividades presentes pasadas y futuras, participación social, muerte-morir e intimidad; escala de depresión geriátrica de YASAVAGE, e índice de KANTZ para medir actividades de la vida diaria.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

- a. **De acuerdo al fin que se persigue.**

Básica, descriptiva.

- b. **De acuerdo al enfoque de investigación.**

De tipo cualitativo, no experimental, de diseño transversal, descriptiva, se trabajará con la población de los adultos mayores residentes en Cachipamba.

4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Para realizar el estudio se trabajará con los adultos mayores residentes en la comunidad de Cachipamba, perteneciente a la parroquia Guapán ubicada al norte del cantón Azogues provincia del Cañar.



Fuente: google maps.

4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

55 adultos mayores residentes en la comunidad de Cachipamba, parroquia Guapán.

4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL

La muestra estuvo conformada por 55 adultos mayores que aceptaron participar en el estudio.

4.2 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 Criterio de Inclusión:

Los adultos mayores (65 años o más), que residen en la comunidad de Cachipamba que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

4.2.2 Criterio de Exclusión:

Los adultos mayores (65 años o más), que residen en la comunidad de Cachipamba que tienen alguna discapacidad y no pueden contestar las preguntas o a su vez los adultos mayores que no quieran formar parte del estudio.

4.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.3.1 Técnica e Instrumento

4.3.1.1 Técnicas: Se utilizó encuestas, antes de aplicar el instrumento los participantes firmaron un consentimiento informado y posterior se procedió a recolectar los datos con escalas validadas por OMS WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF y escala de depresión geriátrica de YESAVAGE para medir depresión, escalas validadas para medir calidad de vida en el adulto mayor, además se utilizó el índice de KATZ para valorar actividades de la vida diaria

Se procederá a la revisión y adaptación de los test o escala para valorar la calidad de vida en el adulto mayor, se preparará el material para la aplicación de los instrumentos; se realizarán los trámites correspondientes para el ingreso a la comunidad, se aplicó las escalas, se creó una base de datos que permitan una buena organización y tabulación de los mismos y finamente se elaborarán conclusiones y recomendaciones.

4.3.1.2 Instrumentos. Escala de medición de la calidad de vida de los adultos mayores WHOQOL- OLD, WHOQOL-BREF desarrolladas y validados por la OMS y en diversos estudios a través de proyectos de epidemiológicos realizados en diferentes países del mundo, las escalas contienen 24 items en escala de LIKERT de 5 opciones, asignando 6 dimensiones (capacidades sensoriales, autonomía, actividades, presentes y futuras, participación social, muerte-morir, e intimidad) test de Yesavage, conocido también como “Escala de Depresión

Geriátrica”, creada por Yesavage, mismo que ha sido probado y usada extensamente con la población de adultos mayores, con una sensibilidad del 92% y especificidad del 89%, valora función cognitiva, afectiva y somática. Para valorar independencia o funcionalidad se utilizará en índice de Katz.

4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

4.4.1 OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Socioeconómico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo	Edad	Más de 65 años	Continua
		Sexo	1 Masculino 2 Femenino	Nominal
		Etnia	Mestizo Indígena	Nominal
		Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Nominal
		Instrucción	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa	Nominal

		Vive con	Solo/a Con esposo/a Familiares	Nominal
Calidad de vida	Es el bienestar en todas las áreas del ser humano, respondiendo a la satisfacción de las necesidades físicas , materiales, sociales, psicológicas o emocionales, de desarrollo y ecológicas	<p>WHOQOL-BLEF</p> <ul style="list-style-type: none"> • MUY MAL • POCO • LO NORMAL. • BASTANTE BIEN. • MUY BIEN <p>4 dominios:</p> <p>-D. físico</p> <p>-D. psicológico</p> <p>-D. relaciones sociales</p> <p>-D. ambiente</p> <p>WHOQOL-OLD</p> <p>Calidad de vida mala</p> <p>Calidad de vida medianamente buena</p> <p>Calidad de vida buena</p>	ESCALA WHOQOL- OLD WHOQOL- BLEF-	Nominal
Depresión	Problema de salud pública que se caracteriza por tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y	<p>NORMAL 0-10</p> <p>DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%) 11-14</p>	Cuestionario de yesavage.	Nominal

	disminución de las funciones psíquicas.	DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%) más de 14		
Funcionalidad.	Conjunto de actividades que el adulto mayor es capaz de realizar sin ayuda.	5 – 6 Independencia 3 -4 Deterioro moderado 0 – 2 Deterioro grave	Indice de Katz	NOMINAL
Enfermedad	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Si No	Cuestionario	Nominal

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Tabla 1.

EDAD DE LOS ENCUESTADOS

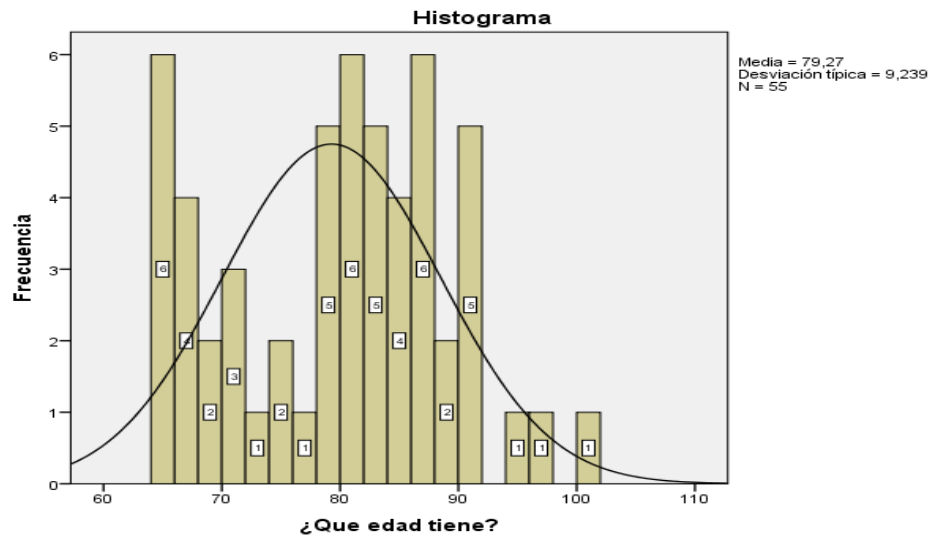
Estadísticos		
¿Qué edad tiene?		
N	Válidos	55
	Perdidos	0
Media		79,27
Error típ. de la media		1,246
Mediana		80,00
Moda		65 ^a
Desv. típ.		9,239
Varianza		85,350
Asimetría		-,060
Error típ. de asimetría		,322
Curtosis		-,842
Error típ. de curtosis		,634
Rango		35
Mínimo		65
Máximo		100
Suma		4360
Percentiles	25	71,00
	50	80,00
	75	86,00

Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Según la tabla que hace relación a los rangos de edad de los adultos mayores estudiados y residentes en la comunidad de Cachipamba podemos observar que la edad promedio es de 79.27 años, con una mediana de 80, moda de 65 años, el rango mínimo de edad es 65 años y el máximo 100 años.

Grafico 1

EDAD DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 2

¿Qué edad tiene?

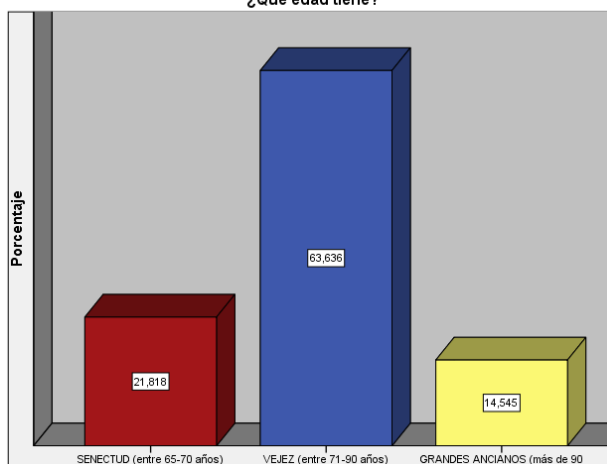
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SENECTUD (entre 65-70 años)	12	21,8	21,8	21,8
VEJEZ (entre 71-90 años)	35	63,6	63,6	85,5
GRANDES ANCIANOS (más de 90 años)	8	14,5	14,5	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Según la tabla que hacen referencia a la edad del grupo estudiado, se observa que 35 adultos mayores que representa el 63,6% están en una edad entre 71 y 90 años, 12 adultos mayores (21.8%) están entre 65 y 70 años y un número y porcentaje menor 8 (14.5%) adultos mayores tiene más de 90 años de edad.

Grafico 2

¿Que edad tiene?



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 3.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO.
¿CUAL ES SU SEXO?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	28	50,9	50,9	50,9
Válidos FEMENINO	27	49,1	49,1	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Según el censo de población y vivienda realizado en el año 2010 la población total de adultos mayores en la parroquia Guapán es de 984, en el sector de Cachipamba existen un total de 80 adultos mayores; según la encuesta realizada se determina que de los 55 adultos mayores estudiados 28 (50.91%) fueron hombres y 27 (49.1%) fueron mujeres.

Grafico 3.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO.



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 4.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ETNIA.

¿CUAN ES SU ETNIA?

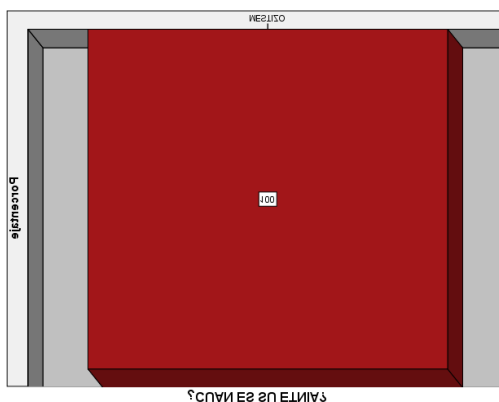
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MESTIZO	55	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En la encuesta aplicada se pregunta a los adultos mayores sobre la etnia a la cuál pertenecen. De los 55 adultos mayores estudiados, el (100%) se auto determinan de etnia mestiza.

Grafico 4.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ETNIA.



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 5.

EL ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.

¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

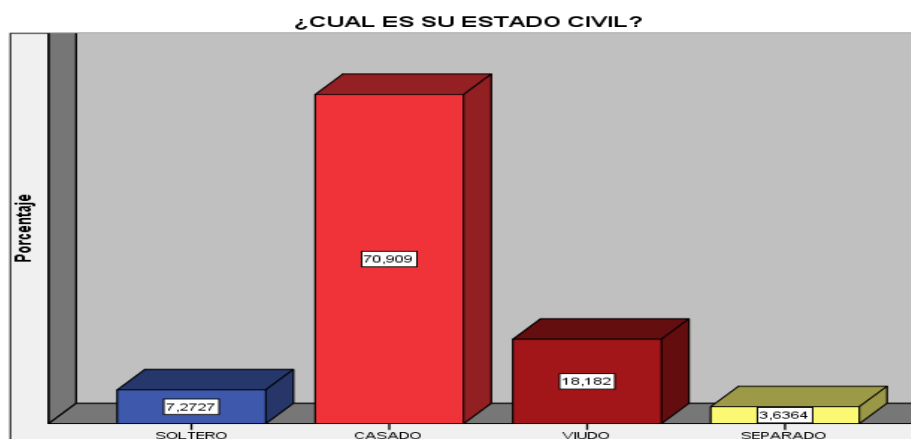
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLTERO	4	7,3	7,3	7,3
CASADO	39	70,9	70,9	78,2
VIUDO	10	18,2	18,2	96,4
divorciado	2	3,6	3,6	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En relación a su estado civil, del total de adultos mayores estudiados, 39 que representa el (70,9%) son casados, 10 adultos mayores (18,2%) son viudos y apenas 6 que representa el (10,9%) su estado civil son divorciados o solteros.

Grafico 5.

Estudio del estado civil de los encuestados



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 6.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ENCUESTADOS

¿CUAL ES SU NIVEL DE INSTRUCCION?

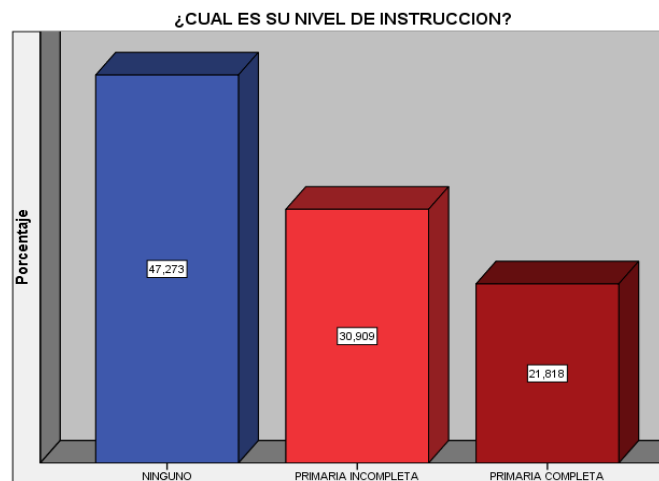
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NINGUNO	26	47,3	47,3	47,3
PRIMARIA INCOMPLETA	17	30,9	30,9	78,2
PRIMARIA COMPLETA	12	21,8	21,8	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La escolaridad o nivel de instrucción es el total o promedio de años de estudio que tiene aprobado el adulto mayor. Del total de la población de estudio 17 adultos mayores (30,9%) tenían primaria incompleta, 12 (21.8%) primaria completa y 26 (47.3%) no tiene ningún grado de escolaridad.

Grafico 6.

Estudio del nivel de instrucción de los encuestados



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 7.

CON QUIÉN VIVEN LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.

¿CON QUIEN VIVE?

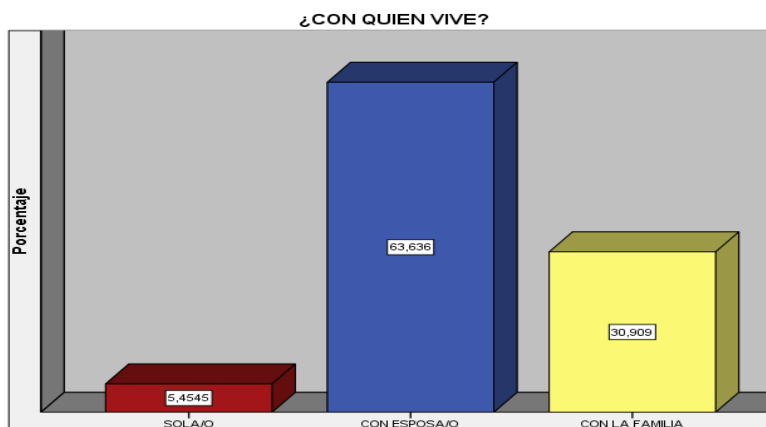
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLA/O	3	5,5	5,5	5,5
CON ESPOSA/O	35	63,6	63,6	69,1
CON LA FAMILIA	17	30,9	30,9	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

El envejecimiento es un proceso fisiológico que se caracteriza por una disminución de todas las funciones orgánicas, lo que les impide realizar actividades que implican riesgo de accidentes, por esta razón es importante que las personas adultas mayores vivan acompañadas. En el estudio realizado en Cachipamba se detecto que: de los 55 adultos mayores encuestados unicamente el (5,5%) dicen vivir solos, 35 adultos mayores es decir (63,64%) dicen vivir con el/la esposa/o, y por ultimo 17 adultos mayores que representa el (30,9%) dicen vivir con su familia.

Grafico 7.

CON QUIÉN VIVEN LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 8.

PADECEN ENFERMEDADES LOS ENCUESTADOS.

¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	50	90,9	90,9	90,9
Válidos NO	5	9,1	9,1	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas

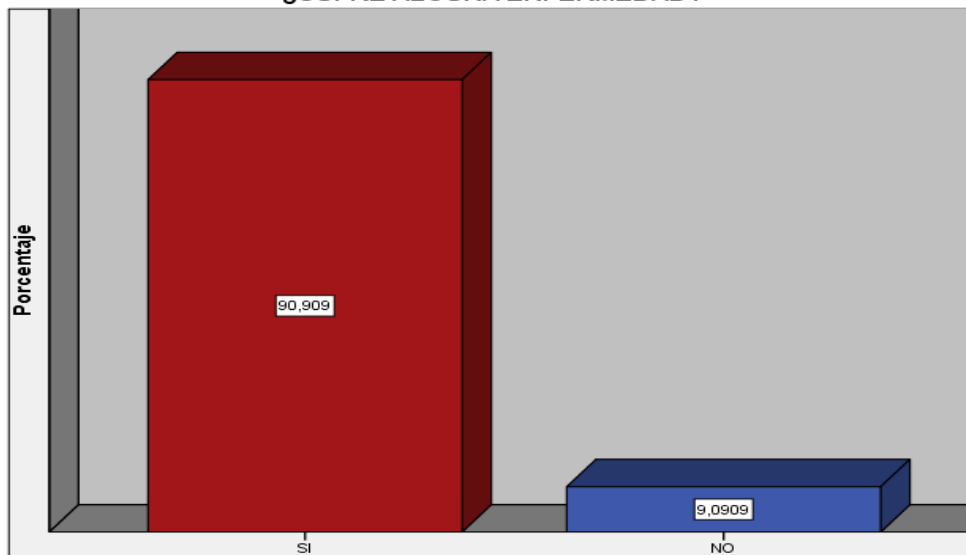
Autor: Andrés González

En el adulto mayor por múltiples deficiencias orgánicas y funcionales es común que este grupo vulnerable de la población sea fácil presa de las llamadas enfermedades crónicas. En el grupo estudiado de 55 adultos mayores pertenecientes a la comunidad de Cachipamba, un alto porcentaje el 90.9% responde que si padece alguna enfermedad, y apenas el 9.1% dice no padecer ninguna enfermedad.

GRÁFICO 8

PADECEN ENFERMEDADES LOS ENCUESTADOS.

¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?



Fuente: Encuestas

Autor: Andrés González

Tabla 9.

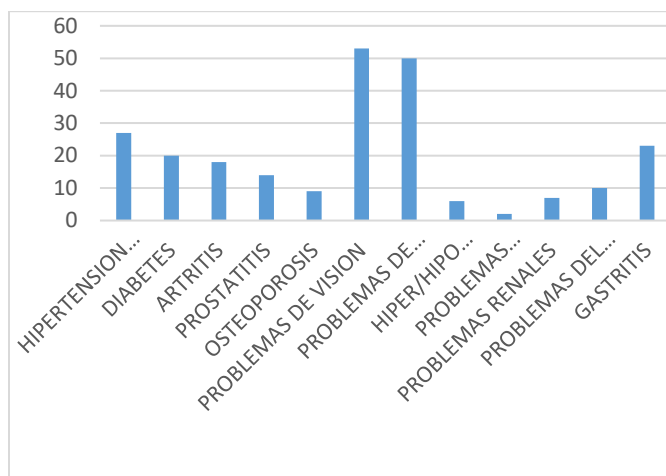
Enfermedades	NUMERO DE PERSONAS QUE SUFREN CADA ENFERMEDAD
HIPERTENSION ARTERIAL	27
DIABETES	20
ARTRITIS	18
PROSTATITIS	14
OSTEOPOROSIS	9
PROBLEMAS DE VISION	53
, PROBLEMAS DE AUDICION	50
HIPER/HIPO TIROIDISMO	6
PROBLEMAS NEUROLOGICOS	2
PROBLEMAS RENALES	7
PROBLEMAS DEL SISTEMA RESPIRATORIO	10
GASTRITIS	23

Fuente: Encuestas

Autor: Andrés González

Se preguntó a los encuestados cuál es la enfermedad que éstos padecen y se identifica 53 de los 55 adultos mayores tienen problemas de la visión, 50 tienen problemas en la audición, 27 de ellos sufren de hipertensión arterial, 20 son diabéticos y 18 sufren de artritis por consiguiente los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba sufren de patologías crónicas propias de la edad.

Gráfico 9



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 10.

NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE YESAVAGE.

¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NORMAL	49	89,1	89,1	89,1
DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	5	9,1	9,1	98,2
DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	1	1,8	1,8	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La escala de YESAVAGE es un cuestionario hetero administrado utilizado para medir el grado de depresión en adultos mayores de 65 años, consta de 15 preguntas con respuestas afirmativas o negativas. El instrumento mide sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan los adultos mayores, con sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación y otros. En el estudio realizado se encontró que el 89.1% de los encuestados estuvo normal es decir no presentaba depresión, el 9.1% presentó depresión leve y apenas el 1,8% presentó depresión grave.

Grafico 10

Estudio del nivel de depresión de los encuestados, según la escala de Yesavage.

¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 11.

CALIDAD DE VIDA DE LOS ENCUESTADOS SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?

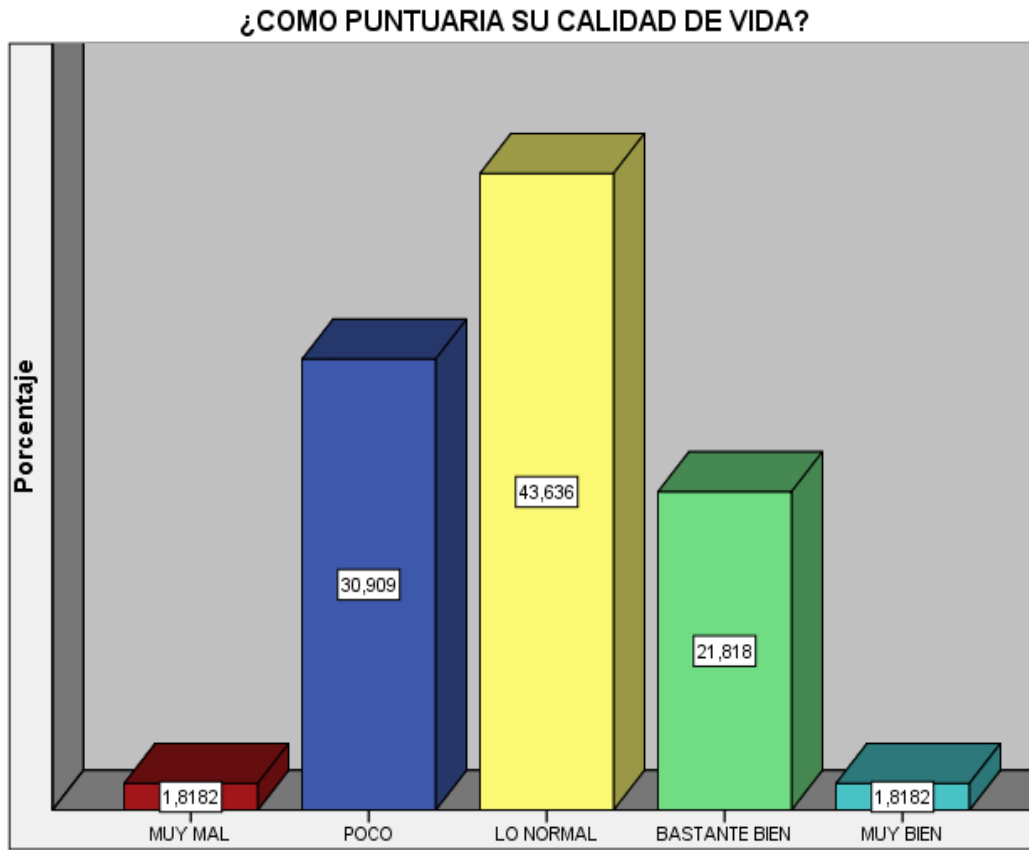
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MUY MAL	1	1,8	1,8	1,8
POCO	17	30,9	30,9	32,7
LO NORMAL	24	43,6	43,6	76,4
Válidos BASTANTE BIEN	12	21,8	21,8	98,2
MUY BIEN	1	1,8	1,8	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

WHOQOL-BREF la escala referente a la autopercepción de la calidad de vida es un cuestionario está conformado por un total de 24 ítems en escala Likert de 5 opciones, asignados a 6 dimensiones: “Capacidades sensoriales”, “Autonomía”, “Actividades pasadas, presentes y futuras”, “Participación Social”, “Muerte y morir” y “La intimidad”. En los adultos mayores estudiados de la comunidad de Cachipamba, 24 adultos mayores, el 43,6% lo califica como normal, 17 (30%) de adultos mayores como poco, 12 (21.8%) bastante bien y apenas 1 (1,8%) como muy bien.

Grafico 11

CALIDAD DE VIDA DE LOS ENCUESTADOS SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Cuadro 12.

CALIDAD DE VIDA DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA WHOQOL-OLD.

CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD

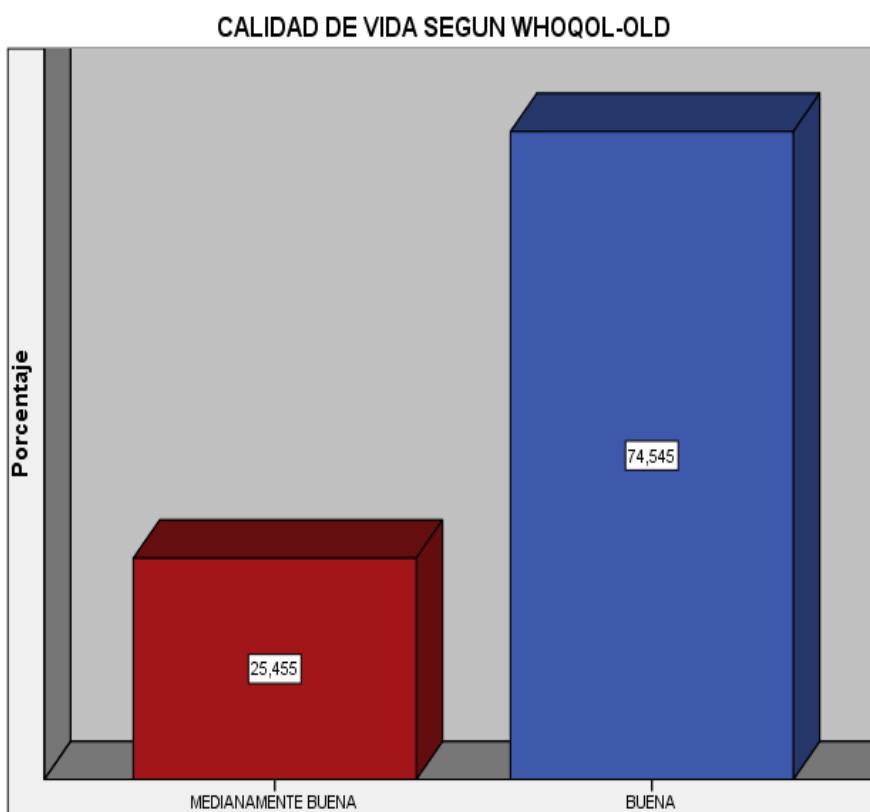
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MEDIANAMENTE BUENA	14	25,5	25,5	25,5
Válidos BUENA	41	74,5	74,5	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Desde el inicio de los años 90 la OMS determinó que era fundamental medir la calidad de vida de los adultos mayores y para ello se han diseñado escalas modificadas y avalizadas por la propia OMS, WHOQOL-OLD para medir calidad de vida del paciente adulto mayor, fue el instrumento utilizado en el estudio en el que se encontró lo siguiente: de los 55 adultos mayores de la comunidad de Cachipamba participantes en el estudio, la mayoría (73,2%) lo califica su calidad de vida como “buena” y el 25% considere que su calidad de vida es “medianamente buena”.

Grafico 12

CALIDAD DE VIDA DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA WHOQOL-OLD.



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 13.

NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS ENCUESTADOS SEGÚN EL ÍNDICE DE KATZ.

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ

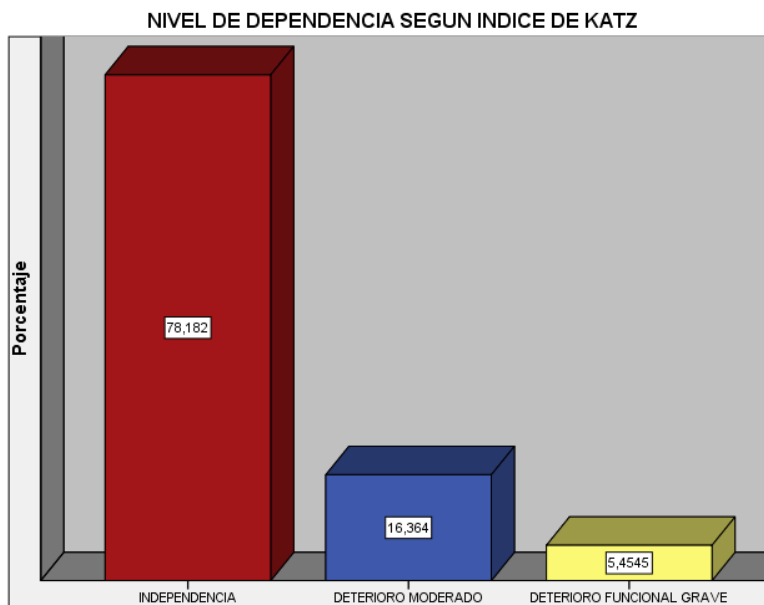
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INDEPENDENCIA	43	78,2	78,2	78,2
DETERIORO MODERADO	9	16,4	16,4	94,5
Válidos DETERIORO FUNCIONAL GRAVE	3	5,5	5,5	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

El índice de KATZ de actividades de la vida diaria, mide el nivel de dependencia del adulto mayor para realizar actividades sencillas de la vida diaria. En relación a ello el nivel de dependencia en las actividades básicas de la población estudiada se aprecia que la mayoría (76,8%) manifestaron ser “independientes”, mientras que 9 adultos mayores (16,1%) señalaron dependencia moderada y preocupa que 3 adultos mayores (5,4%) presentan deterioro funcional grave.

Grafico 13

NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS ENCUESTADOS SEGÚN EL ÍNDICE DE KATZ.



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 14.

SATISFACCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MUY INSATISFECHO	9	16,4	16,4	16,4
POCO	24	43,6	43,6	60,0
LO NORMAL	15	27,3	27,3	87,3
BASTANTE SATISFECHO	6	10,9	10,9	98,2
MUY SATISFECHO	1	1,8	1,8	100,0
Total	55	100,0	100,0	

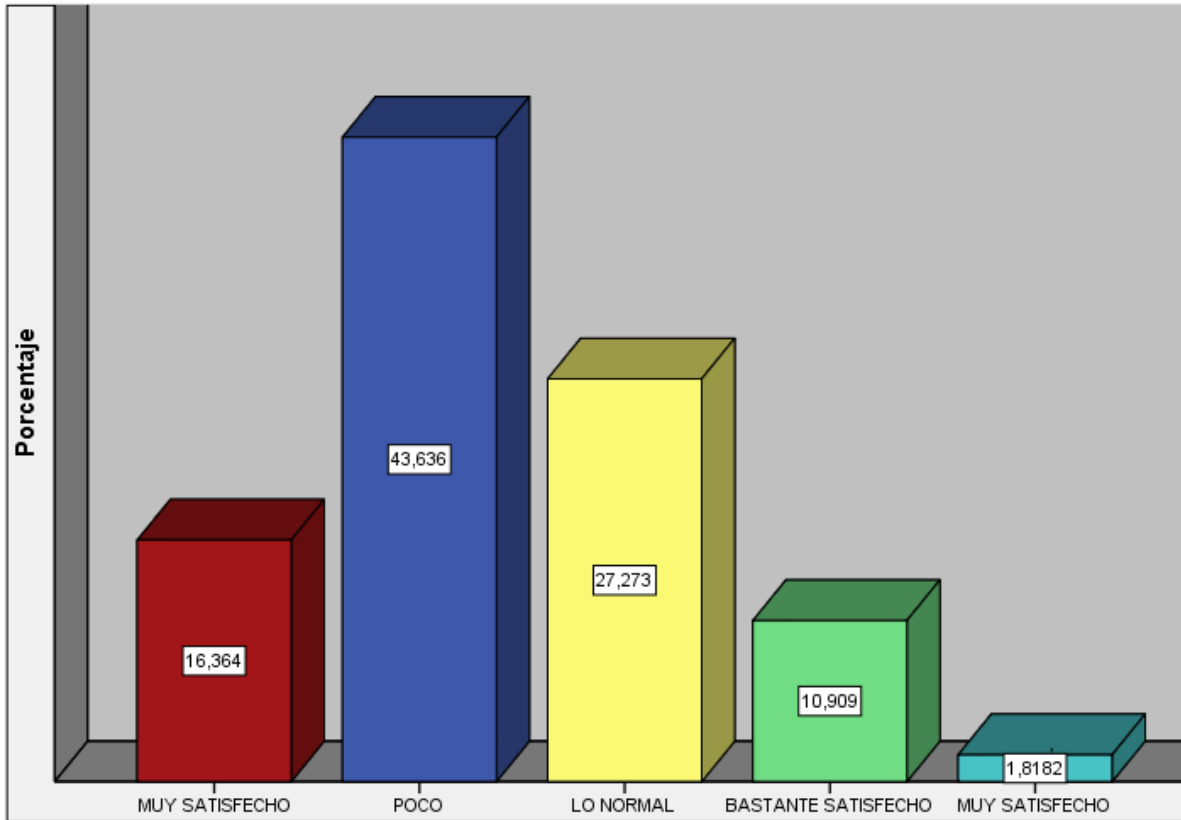
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La escala WHOQOL-OLD mide también la autopercepción sobre salud física. En la población estudiada se puede constatar que un 16,1 % refiere que está “muy satisfecho”, el 42,9% esta “poco satisfecho”, el 26,8% dice estar “lo normal satisfecho” el 10,7% dice estar “bastante satisfecho” y tan solo el 1,8% se sientes muy insatisfecho.

Grafico 14

SATISFACCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Cuadro 15

DOMINIO FÍSICO DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NADA	5	9,1	9,1	9,1
POCO	15	27,3	27,3	36,4
NORMAL	20	36,4	36,4	72,7
BASTANTE	9	16,4	16,4	89,1
MUY BIEN	6	10,9	10,9	100,0
Total	55	100,0	100,0	

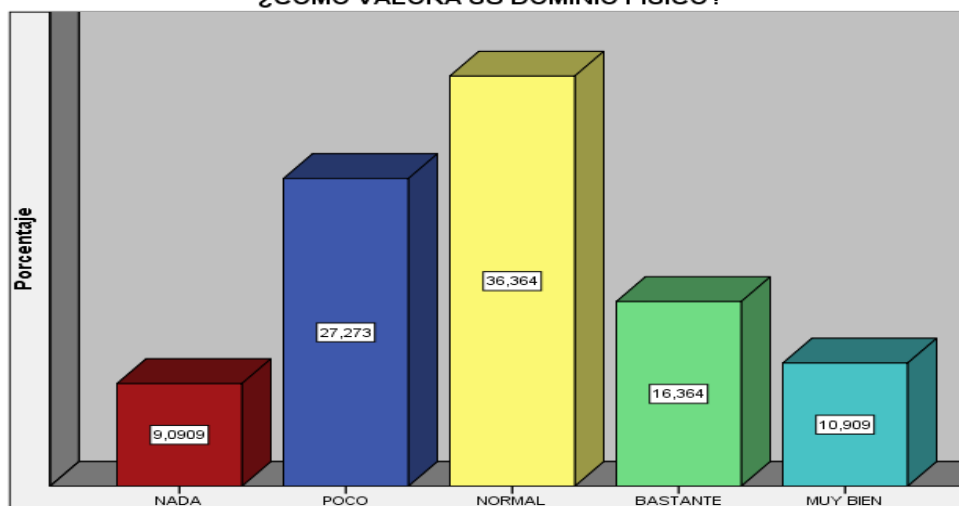
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Al entenderse dominio físico como, la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar actividades de la vida cotidiana. En cuanto a la autopercepción sobre este dominio de los adultos mayores estudiados se puede observar que el (35,74%) lo califica como “normal”. Mientras que tan solo el 9,1% considera su actividad física como “nada”.

Gráfico 15

DOMINIO FÍSICO DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 16

DOMINIO PSICOLÓGICO DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?

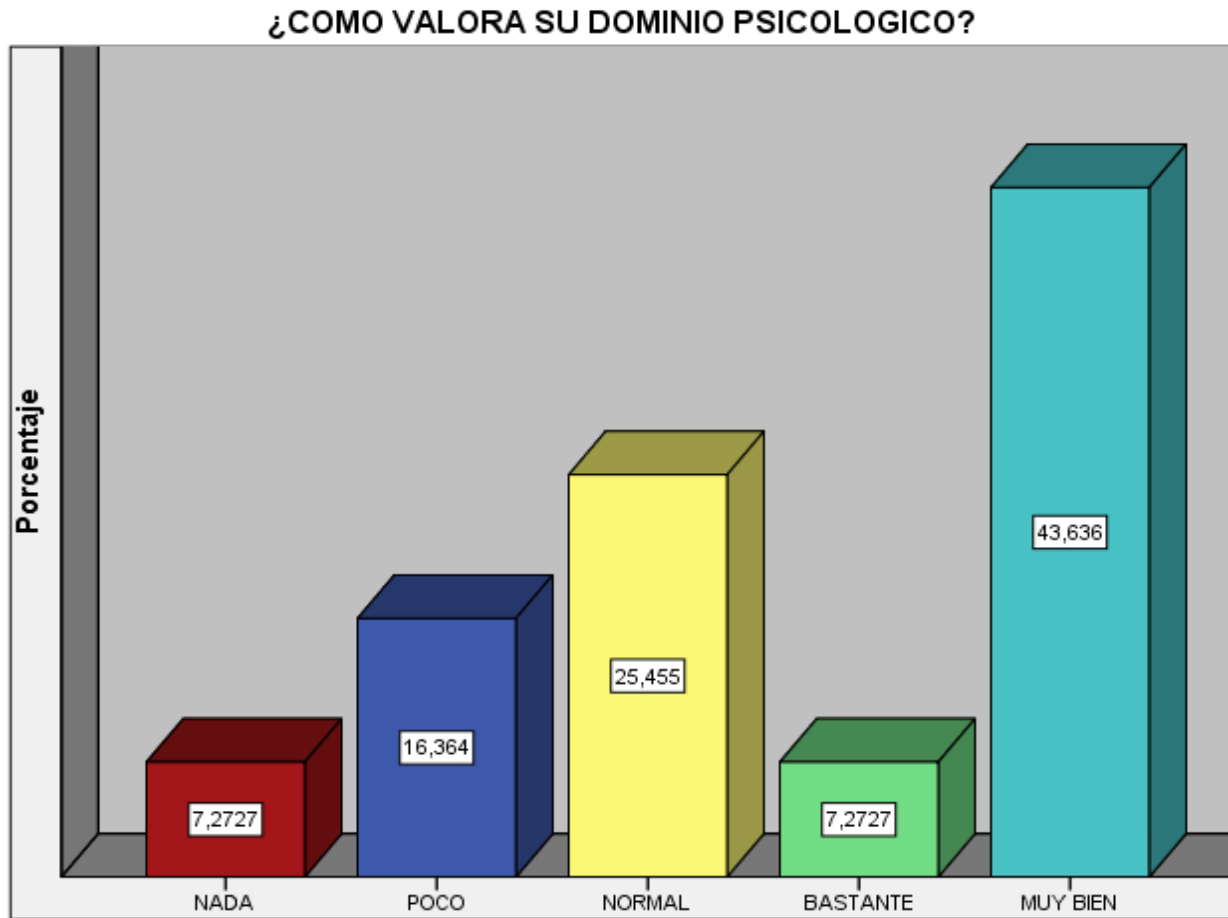
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NADA	4	7,3	7,3	7,3
POCO	9	16,4	16,4	23,6
NORMAL	14	25,5	25,5	49,1
BASTANTE	4	7,3	7,3	56,4
MUY BIEN	24	43,6	43,6	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Según la escala de depresión geriátrica de YEASVAGE los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba, no presentan depresión; por consiguiente en lo relacionado a la autopercepción sobre el dominio psicológico en la escala WHOQOL-BREF de la población estudiada,”. La mayoría (43,64%) señala “muy bien” y el (25,45%) manifiesta “normal” preocupa que el 7,27% lo considera como “nada. Datos que coinciden con los reflejados en la escala de YESAVAGE.

Grafico 16

DOMINIO PSICOLÓGICO DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 17.

DOMINIO DE LAS RELACIONES PERSONALES DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?

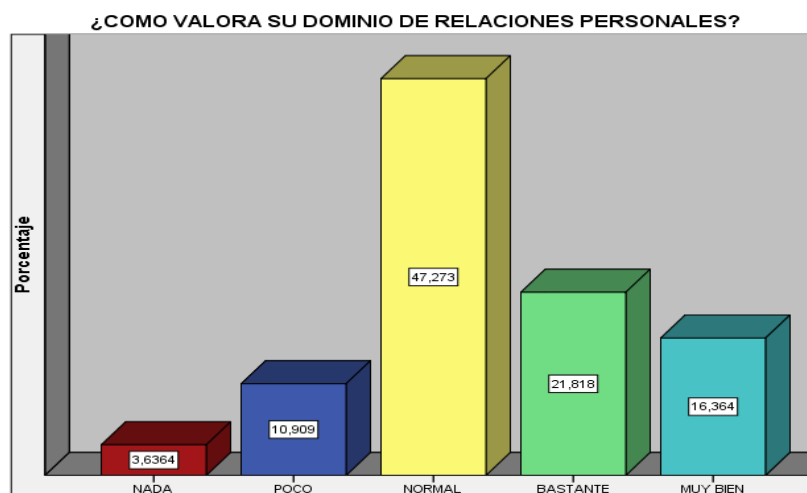
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NADA	2	3,6	3,6	3,6
POCO	6	10,9	10,9	14,5
NORMAL	26	47,3	47,3	61,8
BASTANTE	12	21,8	21,8	83,6
MUY BIEN	9	16,4	16,4	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En cuanto a la autopercepción sobre el nivel de relaciones personales de la población estudiada, la mayoría (46,4%) considera como “normal”. Preocupa que el 10,9% lo considere como “nada”.

Grafico 17

DOMINIO DE LAS RELACIONES PERSONALES DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 18

DOMINIO AMBIENTE DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	POCO	1	1,8	1,8
	NORMAL	4	7,3	9,1
	BASTANTE	14	25,5	34,5
	MUY BIEN	36	65,5	100,0
	Total	55	100,0	100,0

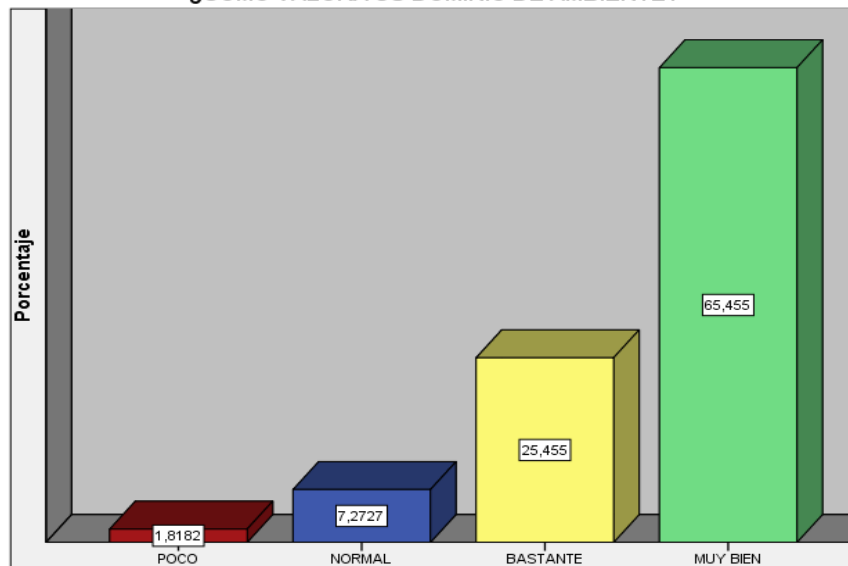
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Al hablar de dominio ambiente, hacemos referencia al medio ambiente que rodea al adulto mayor. En cuanto a la autopercepción sobre este dominio la escala utilizada la define como poco normal bastante y muy bien. En la población estudiada más de la mitad que corresponde al 65,45% lo considera su relación con el ambiente como “muy bien”, únicamente el 1,8% lo considera como “poco”.

Grafico 18

DOMINIO AMBIENTE DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN LA ESCALA DE WHOQOL-BREF.

¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 19

RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION”.

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?

		¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?			Total
		NORMAL	DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	
SEXO					
MASCULINO	Recuento	26	2	0	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	92,9%	7,1%	0,0%	100,0%
	% dentro de ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?	53,1%	40,0%	0,0%	50,9%
FEMENINO	Recuento	23	3	1	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	85,2%	11,1%	3,7%	100,0%
	% dentro de ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?	46,9%	60,0%	100,0%	49,1%
	Recuento	49	5	1	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	89,1%	9,1%	1,8%	100,0%
	% dentro de ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas

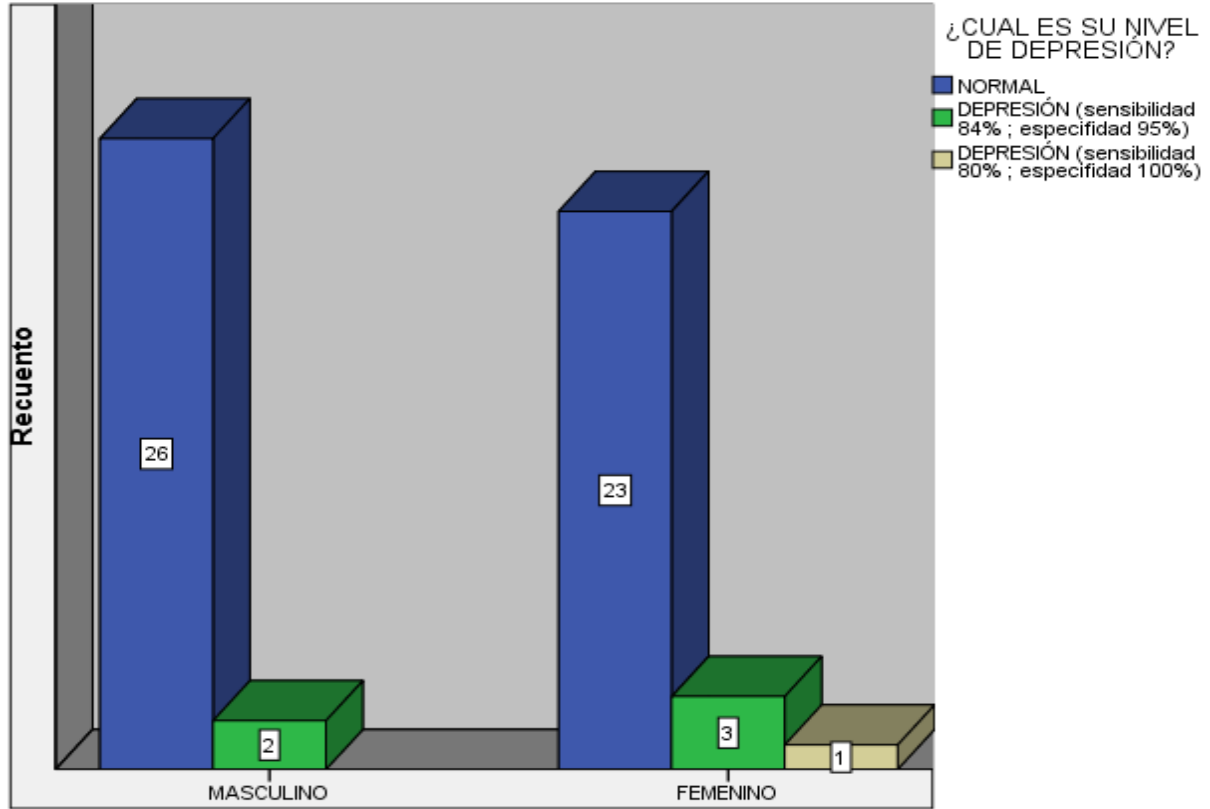
Autor: Andrés González

En la tabla y gráfico 19 de relación entre nivel de depresión y sexo de los encuestados se puede apreciar que en el sexo masculino el 92% de los adultos mayores no presenta depresión; y apenas el 7.1% padece de depresión leve; mientras que en las mujeres el 85,2% no presenta depresión, el 11.1% presenta depresión leve, y el 3.7% presenta depresión grave.

GRAFICO 19.

RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 20**RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “COMO PUNTIARIA SU CALIDAD DE VIDA”****Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * ¿COMO PUNTIARIA SU CALIDAD DE VIDA?**

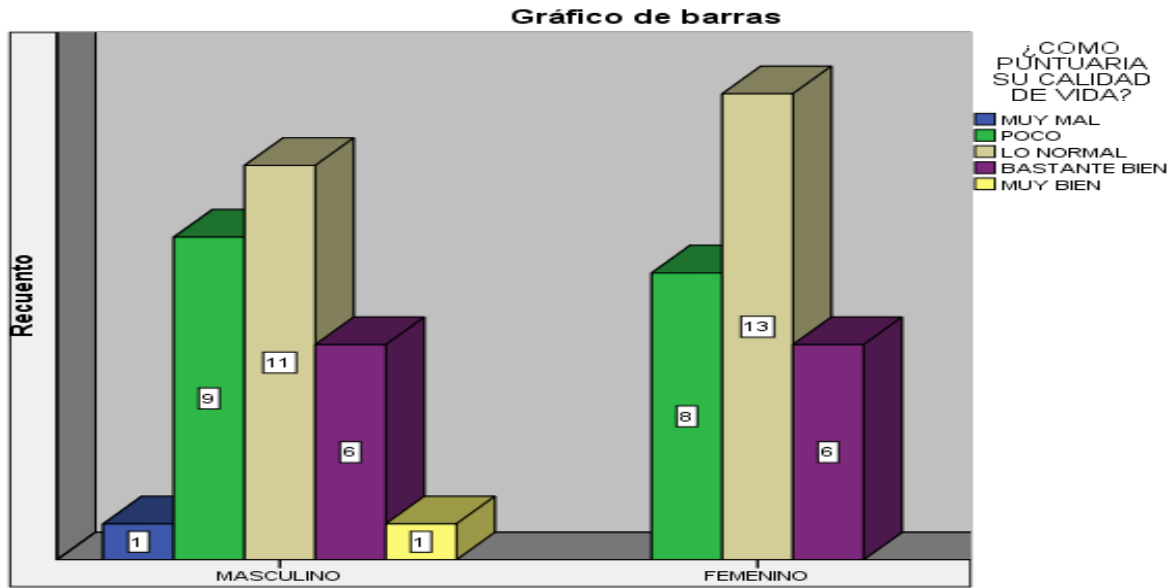
SEXO		¿COMO PUNTIARIA SU CALIDAD DE VIDA?					Total
		MUY MAL	POCO	LO NORMAL	BASTANTE BIEN	MUY BIEN	
MASCULINO	Recuento	1	9	11	6	1	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	3,6%	32,1%	39,3%	21,4%	3,6%	100,0%
	% dentro de ¿COMO PUNTIARIA SU CALIDAD DE VIDA?	100,0%	52,9%	45,8%	50,0%	100,0%	50,9%
FEMENINO	Recuento	0	8	13	6	0	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	0,0%	29,6%	48,1%	22,2%	0,0%	100,0%
	% dentro de ¿COMO PUNTIARIA SU CALIDAD DE VIDA?	0,0%	47,1%	54,2%	50,0%	0,0%	49,1%
	Recuento	1	17	24	12	1	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	1,8%	30,9%	43,6%	21,8%	1,8%	100,0%
	% dentro de ¿COMO PUNTIARIA SU CALIDAD DE VIDA?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La calidad de vida relacionada con la salud según la OMS se entiende como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad, la escala WHOQOL-BREF, tiene 26 preguntas, 2 preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de la salud y 24 preguntas agrupadas en las 4 áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. La tabla anterior relaciona la calidad de vida y el sexo de los participantes; según ello se puede observar que: en el sexo masculino el 39.9% de los encuestados puntúa su calidad de vida como normal, un 3,6% como muy bien y un 3,6% como muy mal. En cuanto al sexo femenino más de la mitad el 54,2% puntúa como normal, el 50% bastante bien, y ninguna de ellas lo dice muy mal, tampoco muy bien.

Grafico 20

RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “COMO PUNTIARIA SU CALIDAD DE VIDA”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 21

RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?

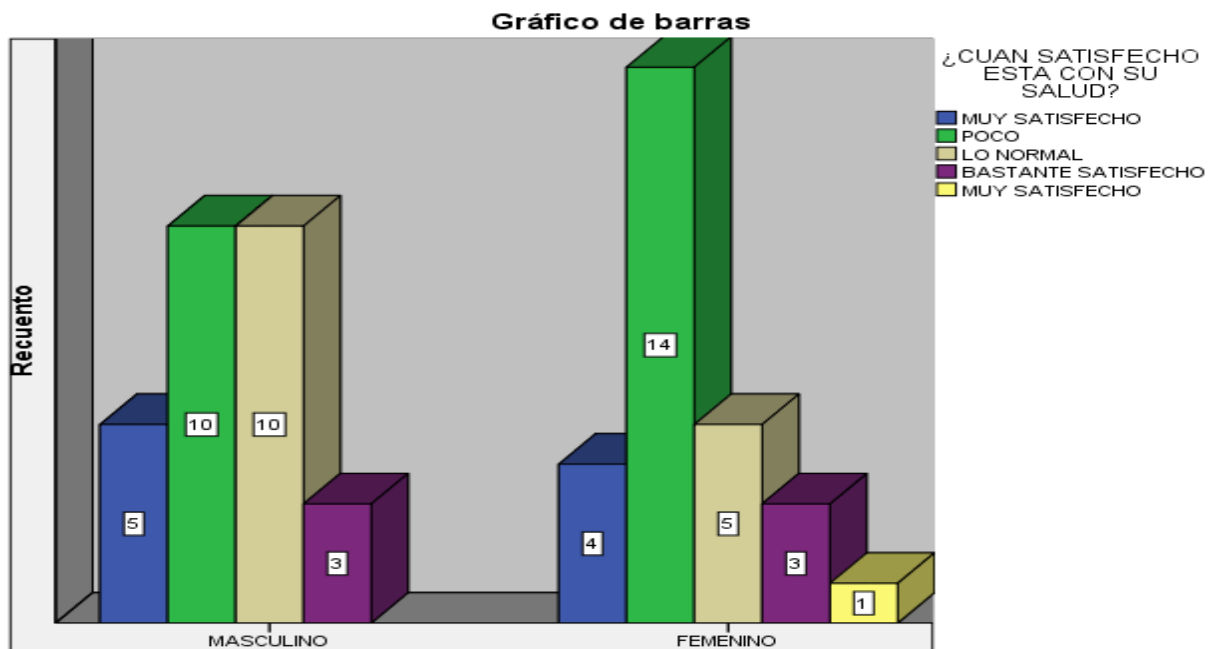
SEXO		¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?					Total
		Nada satisfecho	POCO	LO NORMAL	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
MASCULINO	Recuento	5	10	10	3	0	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	17,9%	35,7%	35,7%	10,7%	0,0%	100,0%
	% dentro de ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?	55,6%	41,7%	66,7%	50,0%	0,0%	50,9%
FEMENINO	Recuento	4	14	5	3	1	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	14,8%	51,9%	18,5%	11,1%	3,7%	100,0%
	% dentro de ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?	44,4%	58,3%	33,3%	50,0%	100,0%	49,1%
	Recuento	9	24	15	6	1	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	16,4%	43,6%	27,3%	10,9%	1,8%	100,0%
	% dentro de ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La asociación de las variables sexo y satisfacción con su salud en los adultos mayores encuestados en la comunidad de Cachipamba, se identificó que en el sexo masculino el 66,7% están lo normal satisfechos con su salud, el 35.7% está poco satisfecho con su salud y el 17.9% nada satisfecho. El sexo femenino por el contrario más de la mitad el 58,3% está poco satisfecho con su salud y un 16.3% nada satisfecho.

Gráfico 21

RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 22

RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA WHOQOL-OLD”.

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD

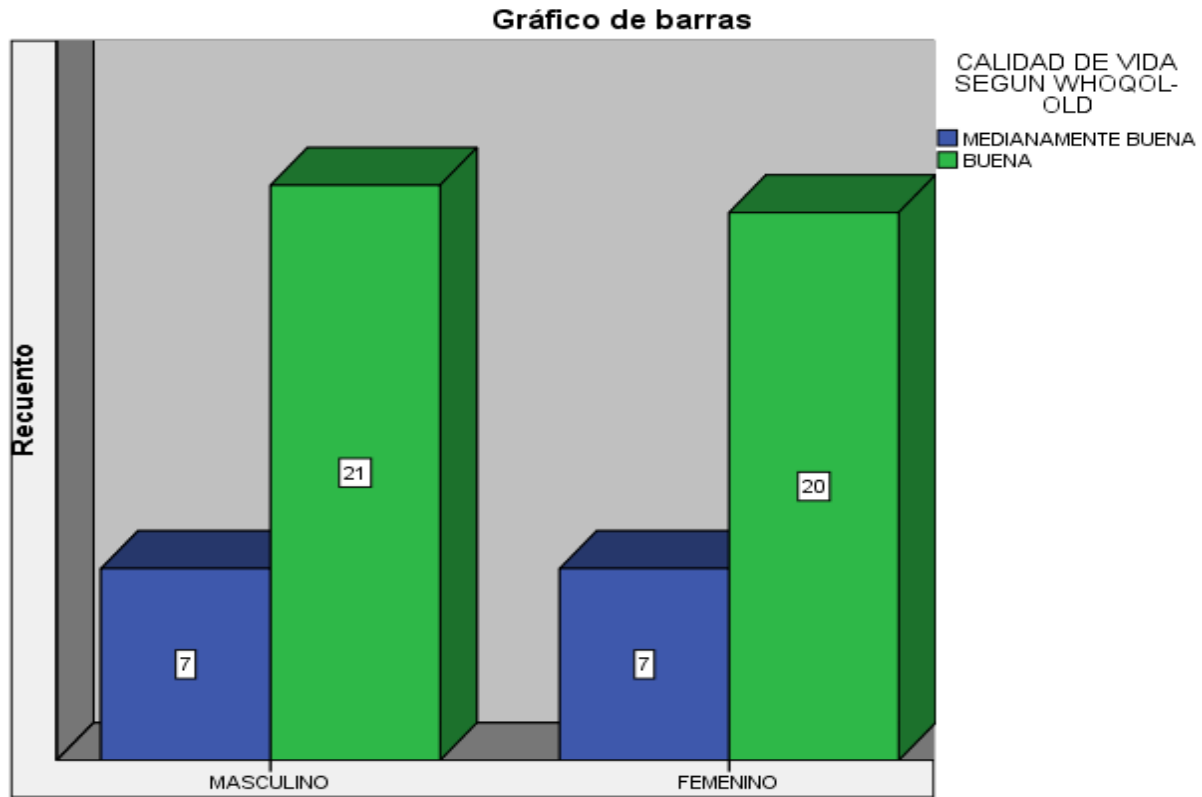
SEXO		CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD		Total
		MEDIANAMENTE BUENA	BUENA	
MASCULINO	Recuento	7	21	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	25,0%	75,0%	100,0%
	% dentro de CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD	50,0%	51,2%	50,9%
FEMENINO	Recuento	7	20	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	25,9%	74,1%	100,0%
	% dentro de CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD	50,0%	48,8%	49,1%
Recuento		14	41	55
% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?		25,5%	74,5%	100,0%
% dentro de CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En la tabla y gráfico 20 de relación entre sexo y calidad de vida según la escala whoqol-old de los encuestados se puede apreciar que en el sexo masculino el 25% de los adultos mayores valora su calidad de vida como “medianamente buena” y el 75% la califica como buena. Mientras que en el sexo femenino el 25.5% valora su calidad de vida como “medianamente buena” y el 74.5% la valora como buena según la escala whoqol-old.

Gráfico 22

RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA WHOQOL-OLD”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 23

RELACIÓN DE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICE DE KATZ”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ

		NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ			Total
		INDEPENDENCIA	DETERIORO MODERADO	DETERIORO FUNCIONAL GRAVE	
SEXO					
MASCULINO	Recuento	22	4	2	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	78,6%	14,3%	7,1%	100,0%
	% dentro de NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ	51,2%	44,4%	66,7%	50,9%
FEMENINO	Recuento	21	5	1	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	77,8%	18,5%	3,7%	100,0%
	% dentro de NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ	48,8%	55,6%	33,3%	49,1%
	Recuento	43	9	3	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	78,2%	16,4%	5,5%	100,0%
	% dentro de NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

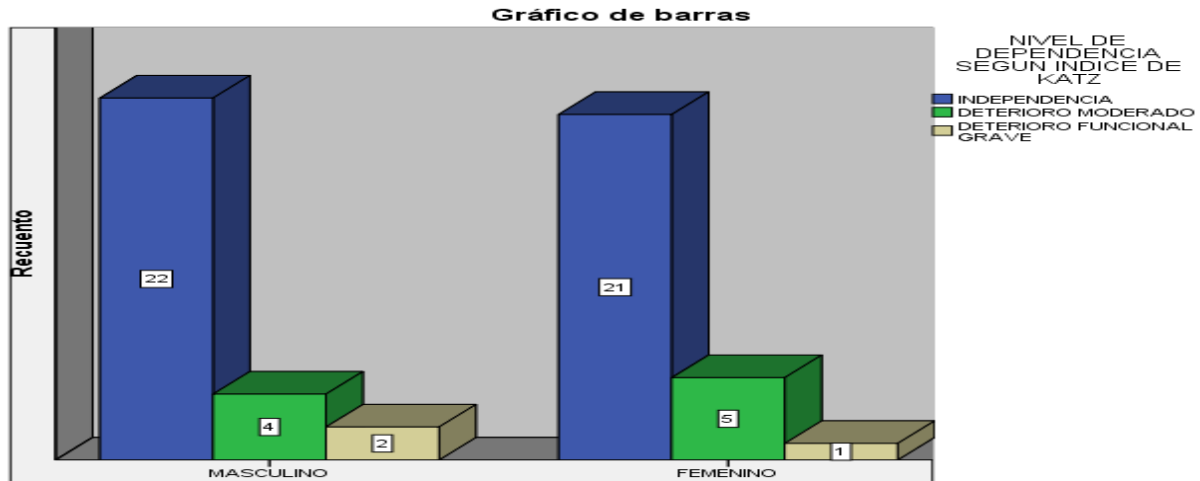
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La escala de valoración de actividades de la vida diaria, abarca 6 funciones básicas, tiene utilidad para clasificar a los adultos mayores con enfermedades crónicas, con discapacidad y minusválidos y describir sus necesidades de salud, consta de 6 ítems (baño, vestido, uso del servicio higiénico, movilidad y alimentación). En el estudio realizado en los 55 adultos mayores de la comunidad de Cachipamba, la relación entre sexo y su nivel de dependencia según el índice de KTZ, se evidencia que en el sexo masculino el 78.6% son independientes, y apenas el 7.1% tiene un deterioro funcional grave, en relación a las mujeres un porcentaje similar el

78.2%, son independientes, y el 5.5% poseen deterioro funcional grave. Es importante recalcar la similitud de porcentajes tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 23

RELACIÓN DE LA VARIABLE "SEXO" Y LA VARIABLE "NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICE DE KATZ"



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 24

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “DOMINIO FISICO”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?

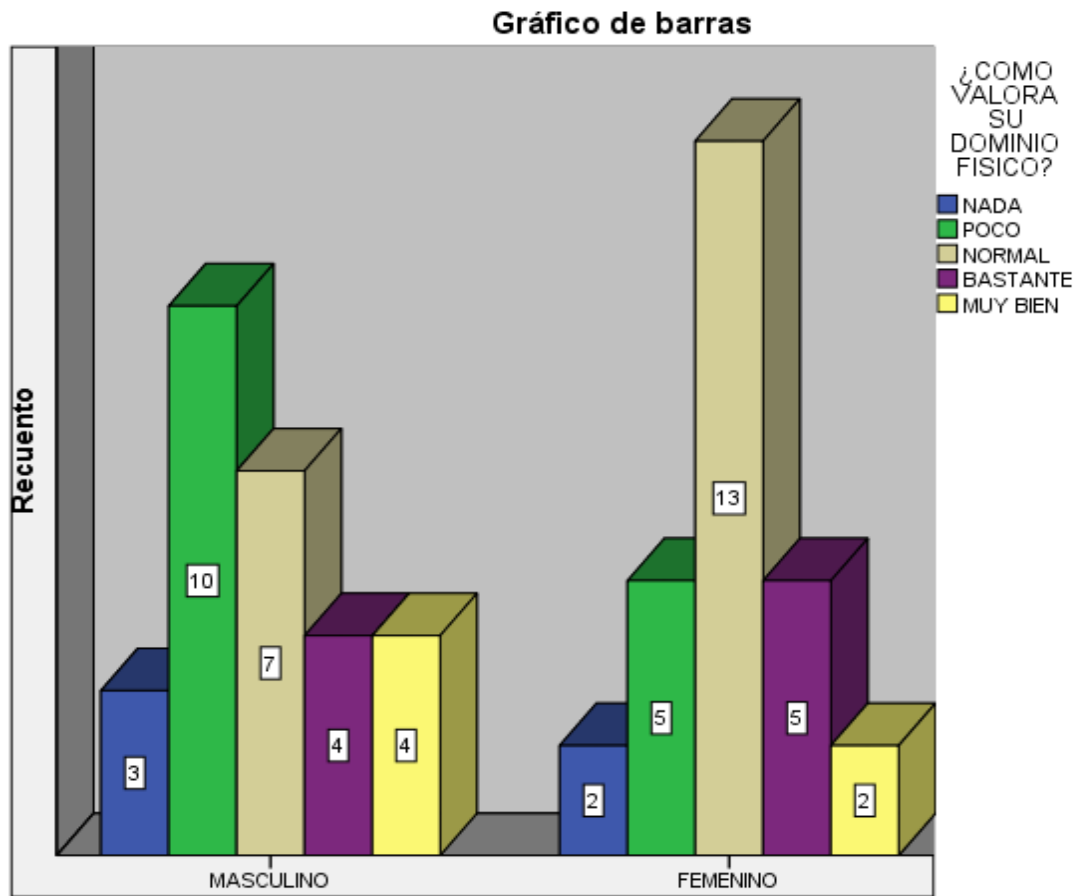
SEXO		¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?					Total
		NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN	
MASCULINO	Recuento	3	10	7	4	4	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	10,7%	35,7%	25,0%	14,3%	14,3%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?	60,0%	66,7%	35,0%	44,4%	66,7%	50,9%
FEMENINO	Recuento	2	5	13	5	2	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	7,4%	18,5%	48,1%	18,5%	7,4%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?	40,0%	33,3%	65,0%	55,6%	33,3%	49,1%
	Recuento	5	15	20	9	6	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	9,1%	27,3%	36,4%	16,4%	10,9%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, tiene un total de 24 ítems agrupados en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente. En lo relacionado a la salud física en los 55 adultos mayores encuestados se obtuvieron los siguientes resultados: en los hombres el 35.7% lo califican como poco, el 25% como normal y sólo el 14.3% dice que muy bien. Las mujeres califican su salud física el 36.4% como normal, 10.9% como bastante bien.

Gráfico 24

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE "SEXO" Y LA VARIABLE "DOMINIO FISICO"



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 25

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “DOMINIO PSICOLOGICO”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?

SEXO		¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?					Total
		NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN	
MASCULINO	Recuento	2	8	4	2	12	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	7,1%	28,6%	14,3%	7,1%	42,9%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?	50,0%	88,9%	28,6%	50,0%	50,0%	50,9%
FEMENINO	Recuento	2	1	10	2	12	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	7,4%	3,7%	37,0%	7,4%	44,4%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?	50,0%	11,1%	71,4%	50,0%	50,0%	49,1%
	Recuento	4	9	14	4	24	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	7,3%	16,4%	25,5%	7,3%	43,6%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

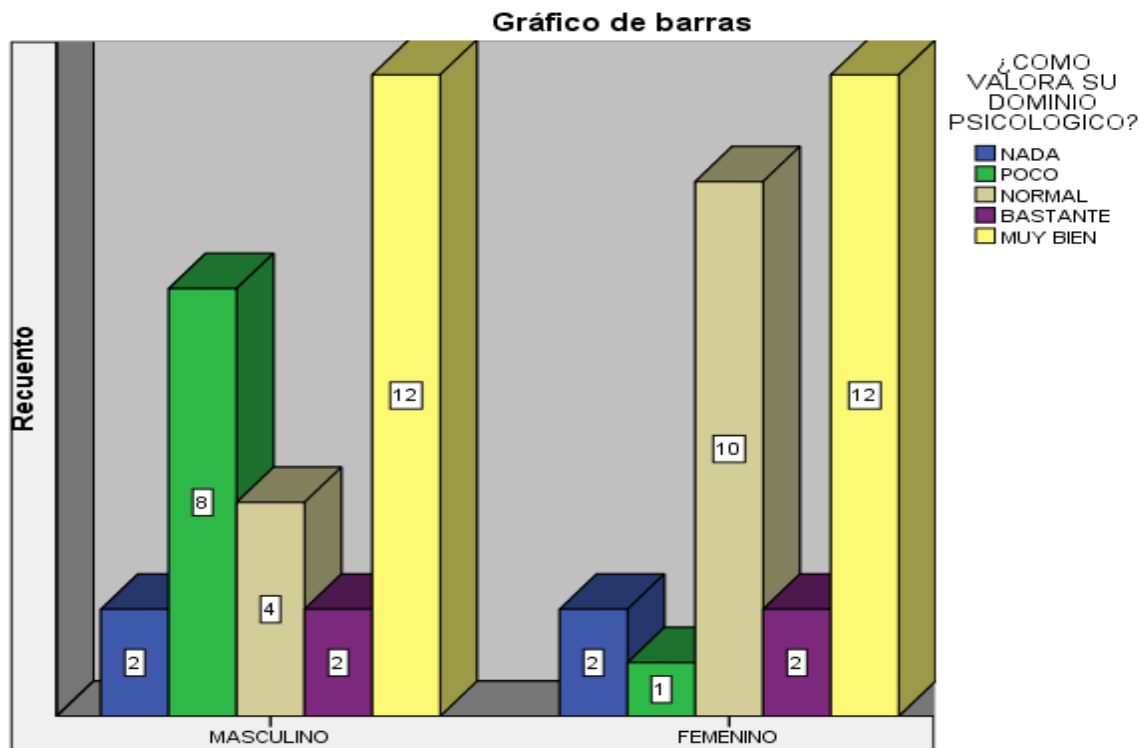
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

El dominio de la salud psicológica de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, mide en el adulto mayor, sentimientos, espiritualidad, pensamientos, imagen corporal, autoestima y sentimientos negativos, en la encuesta realizada a los 55 adultos mayores, en la relación sexo y dominio de la salud psicológica encontramos que en el caso del sexo masculino que de los 28 hombres el 28.6% lo considera como poco, en el caso de las mujeres, el 37% lo considera como

poco. El 42.9% de los hombres consideran su salud psicológica como muy buena, en las mujeres de las 27 encuestadas el 44.4% consideran su salud psicológica como muy buena.

Gráfico 25

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “DOMINIO PSICOLOGICO”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 26

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “DOMINIO RELACIONES PERSONALES”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?

SEXO		¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?					Total
		NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN	
MASCULINO	Recuento	1	4	14	5	4	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	3,6%	14,3%	50,0%	17,9%	14,3%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?	50,0%	66,7%	53,8%	41,7%	44,4%	50,9%
FEMENINO	Recuento	1	2	12	7	5	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	3,7%	7,4%	44,4%	25,9%	18,5%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?	50,0%	33,3%	46,2%	58,3%	55,6%	49,1%
	Recuento	2	6	26	12	9	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	3,6%	10,9%	47,3%	21,8%	16,4%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

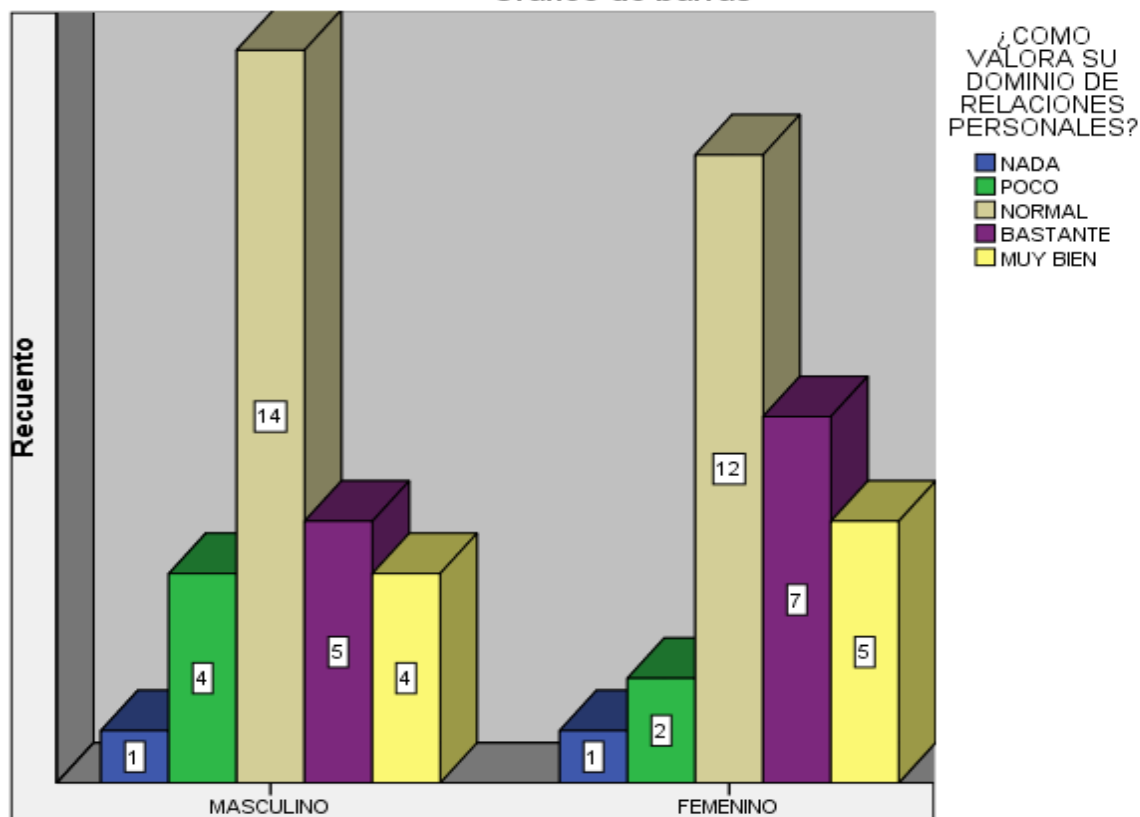
En lo referente a relaciones sociales y su asociación con el sexo se observa que en los encuestados de sexo masculino el 50% como normal, el 14.3% como muy buenas y el 3.6% como nada buenas, en el caso de las mujeres el 44.4% lo consideran como normal sus

relaciones personales, el 18.5% lo consideran como muy bien y solo 3.7% lo consideran como nada buenas. Hay que recordar que la dimensión relaciones sociales valora aspectos como relaciones personales, actividad sexual, y apoyo social.

Gráfico 26

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “DOMINIO RELACIONES PERSONALES”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 27

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “DOMINIO AMBIENTE”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?

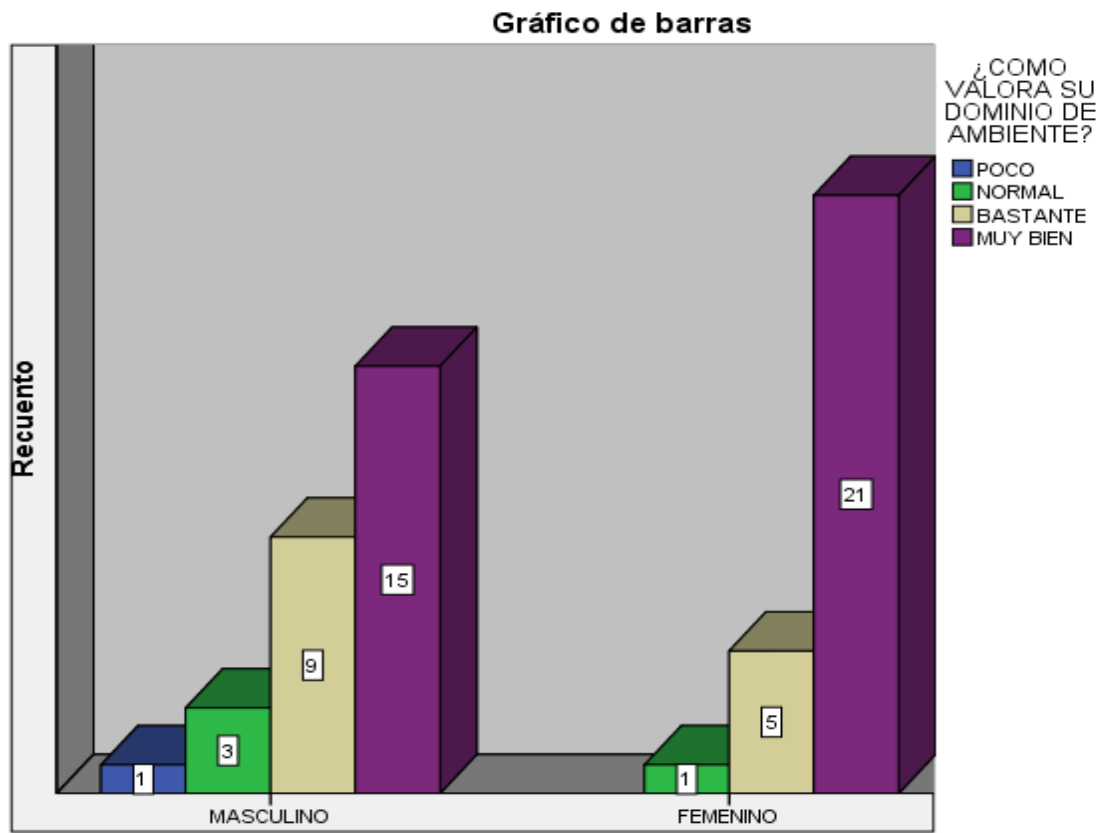
SEXO		¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?				Total
		POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN	
MASCULINO	Recuento	1	3	9	15	28
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	3,6%	10,7%	32,1%	53,6%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?	100,0%	75,0%	64,3%	41,7%	50,9%
FEMENINO	Recuento	0	1	5	21	27
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	0,0%	3,7%	18,5%	77,8%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?	0,0%	25,0%	35,7%	58,3%	49,1%
	Recuento	1	4	14	36	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	1,8%	7,3%	25,5%	65,5%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

El dominio ambiente de la escala WHOQOL-BREF valora la libertad y seguridad, ambiente físico recursos económicos, oportunidad de información, ocio y descanso, hogar, atención sanitaria y transporte, en los 55 adultos mayores encuestados del estudio se encontró que: de los 28 hombres que corresponde al 100% el 53.6% califican su dominio ambiente como muy bueno, el 32.1% como bueno, el 10.7% como normal y apenas el 3.6% como poco. En el caso de las mujeres de las 27 encuestadas el 77.8% responde muy buena, el 18.5% bastante bien y el 3.7% normal.

Gráfico 27

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE "SEXO" Y LA VARIABLE "DOMINIO AMBIENTE"



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 28

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “SEXO” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU SEXO? * ¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?

SEXO		¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?		Total
		SI	NO	
	Recuento	24	4	28
MASCULINO	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	85,7%	14,3%	100,0%
	% dentro de ¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?	48,0%	80,0%	50,9%
	Recuento	26	1	27
FEMENINO	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	96,3%	3,7%	100,0%
	% dentro de ¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?	52,0%	20,0%	49,1%
	Recuento	50	5	55
	% dentro de ¿CUAL ES SU SEXO?	90,9%	9,1%	100,0%
	% dentro de ¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?	100,0%	100,0%	100,0%

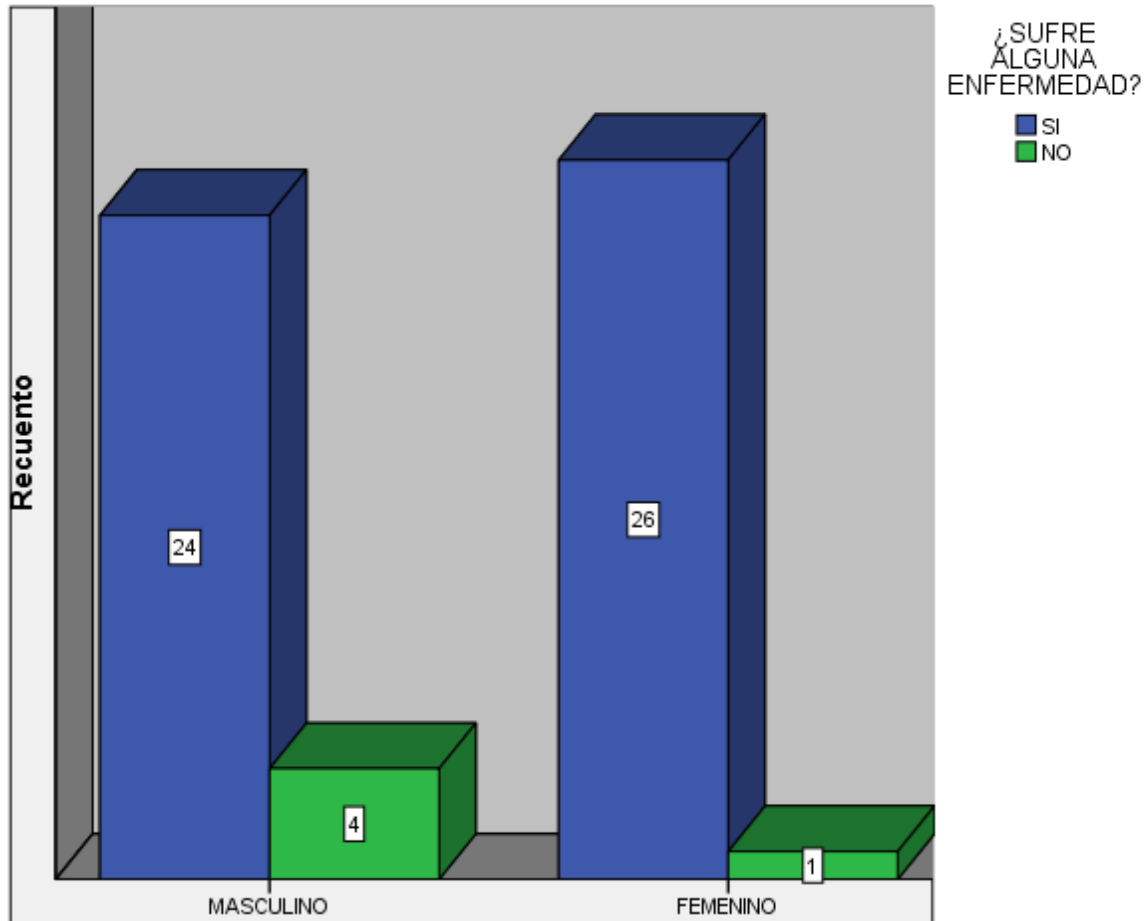
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La relación entre el sexo y la presencia de alguna enfermedad encontramos que en el caso de los varones de los 28 encuestados el 85.7% padece alguna enfermedad, en el caso de las mujeres el 96.3% también padece alguna enfermedad.

Gráfico 28

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE "SEXO" Y LA VARIABLE "ENFERMEDAD"

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 29

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “DEPRESION”

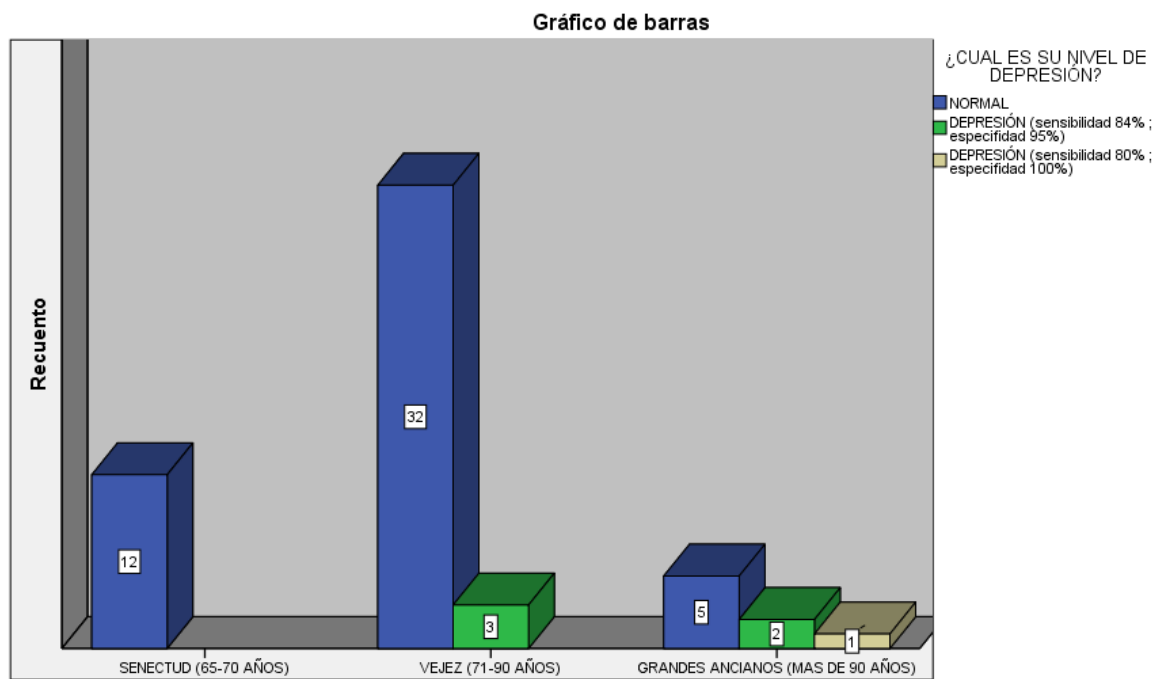
Tabla de contingencia ¿Qué edad tiene? * ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?

EDAD		¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?			Total
		NORMAL	DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	
SENECTUD (65-70 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	100,0%			100,0%
	% dentro de ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?	24,5%			21,8%
VEJEZ (71-90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	91,4%	8,6%		100,0%
	% dentro de ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?	65,3%	60,0%		63,6%
GRANDES ANCIANOS (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	% dentro de ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?	10,2%	40,0%	100,0%	14,5%
	% dentro de ¿Que edad tiene?	89,1%	9,1%	1,8%	100,0%
	% dentro de ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

El nivel de depresión se valora mediante la escala de depresión de YESAVAGE, se separa a los adultos en tres grupos etarios, (senectud, vejez y grandes ancianos) la escala clasifica como normal, depresión leve y deterioro grave. De los 55 encuestados el grupo de adultos mayores de 65 a 70 años, el 24.4% no tiene depresión, en el grupo de 71-90 años el 91.4% no tiene depresión, y el 8.6% tiene depresión leve. El grupo de adultos mayores de más de 90 años el 62.5% no tiene depresión, el 25% tiene depresión leve y el 1.8% tiene deterioro grave. Se observa que conforme avanza la edad se presenta depresión.

Gráfico 29
RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE "EDAD" Y LA VARIABLE "DEPRESION"



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 30

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “COMO PUNTUA SU CALIDAD DE VIDA”

Tabla de contingencia ¿Que edad tiene? * ¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?

EDAD	¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?					Total
	MUY MAL	POCO	LO NORMAL	BASTANTE BIEN	MUY BIEN	
SENECTUD (65-70 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	25,0%	41,7%	33,3%		100,0%
	% dentro de ¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?	17,6%	20,8%	33,3%		21,8%
VEJEZ (71-90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	2,9%	25,7%	48,6%	20,0%	2,9%
	% dentro de ¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?	100,0%	52,9%	70,8%	58,3%	100,0%
GRANDES ANCIANOS (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?		62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	% dentro de ¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?		29,4%	8,3%	8,3%	14,5%
	% dentro de ¿Que edad tiene?	1,8%	30,9%	43,6%	21,8%	1,8%
	% dentro de ¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

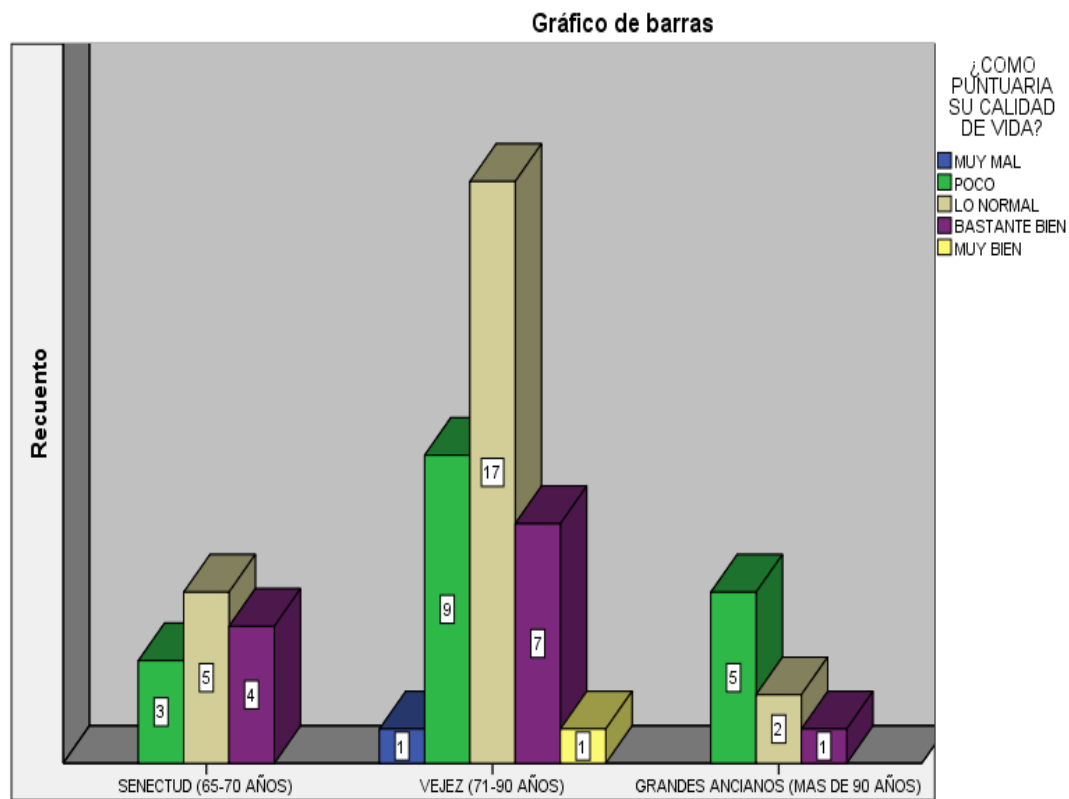
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En la tabla anterior se puede observar que conforme avanza la edad los encuestados baja de nivel su calidad de vida es así que en el grupo de edad entre de 65-70 años el 20.8% lo consideran normal y el 33.3% como muy buena. El grupo de entre 71-90 años el 48.6%

consideran normal, el 25.7% poco, y el 2.9% muy mal. En el grupo de más de 90 años el 25% lo normal, el 62.5% poco, el 12.5% bastante bien.

Gráfico 30

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “COMO PUNTUA SU CALIDAD DE VIDA”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 31

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD”

Tabla de contingencia ¿Qué edad tiene? * ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?

EDAD		¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?					Total
		NADA SATISFECHO	POCO	LO NORMAL	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
SENECT	% dentro de ¿Que edad tiene?	16,7%	33,3%	33,3%	8,3%	8,3%	100,0%
UD (65-70 AÑOS)	% dentro de ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?	22,2%	16,7%	26,7%	16,7%	100,0%	21,8%
VEJEZ (71-90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	11,4%	48,6%	25,7%	14,3%		100,0%
	% dentro de ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?	44,4%	70,8%	60,0%	83,3%		63,6%
GRANDES ANCIANOS (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	37,5%	37,5%	25,0%			100,0%
	% dentro de ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?	33,3%	12,5%	13,3%			14,5%
	% dentro de ¿Que edad tiene?	16,4%	43,6%	27,3%	10,9%	1,8%	100,0%
	% dentro de ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

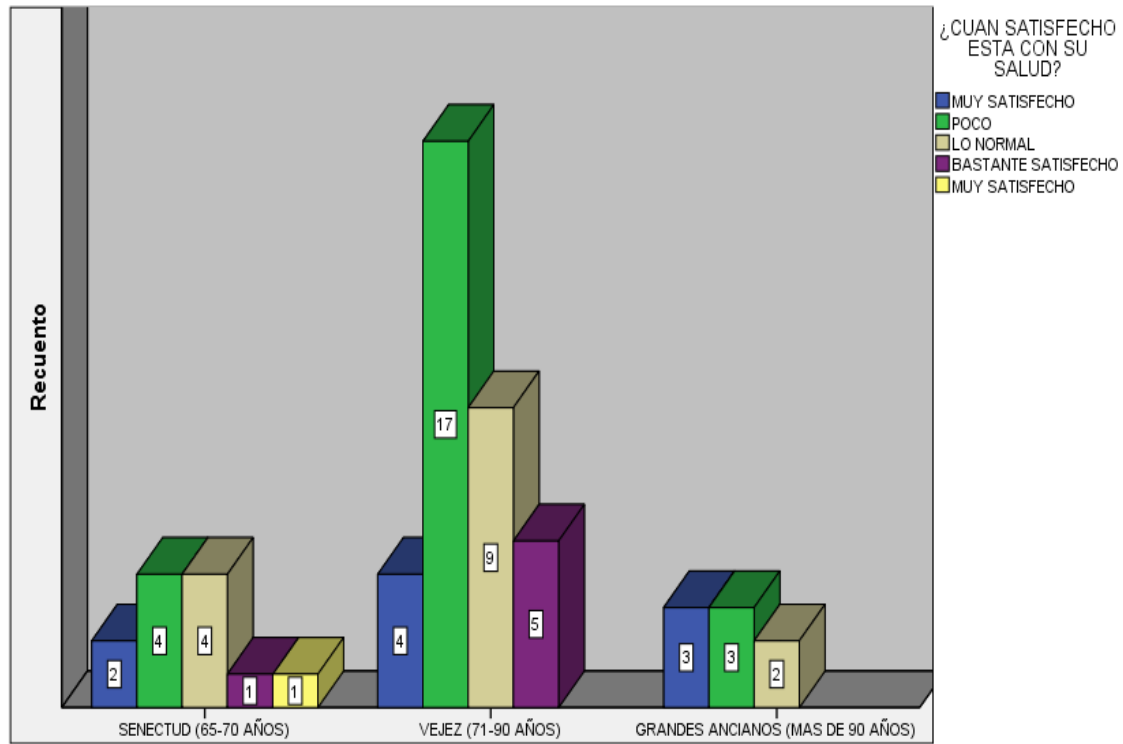
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En cuanto a la satisfacción con su salud por grupos de edad de los encuestados se observa que de los 55 adultos mayores clasificados en los tres grupos, los adultos mayores que se encuentran entre 65 y 70 años de edad el 33.3% están lo normal satisfechos con su salud, el grupo de 71-90 años el 48.6% están poco satisfechos con su salud, y el grupo de más de 90 años EL 37.5% están nada satisfechos con su salud. Esto demuestra que a más edad hay más deterioro de la salud.

Gráfico 31

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 32

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA WHOQOL-OLD”

Tabla de contingencia ¿Qué edad tiene? * CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD

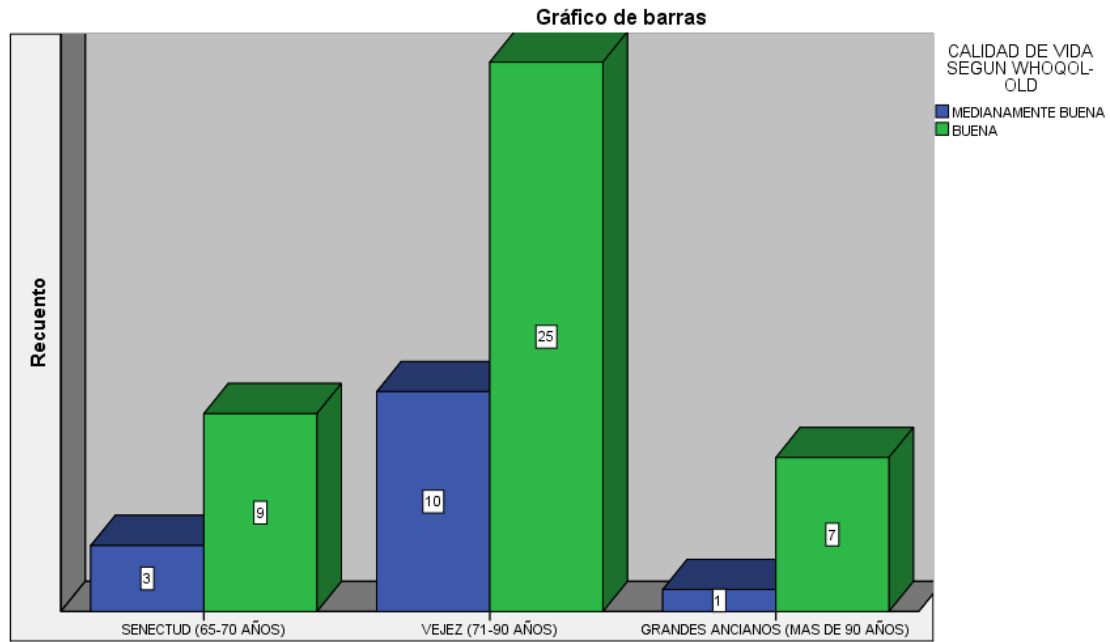
EDAD		CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD		Total
		MEDIANAMENTE BUENA	BUENA	
SENECTUD (65-70 AÑOS)	% dentro de ¿Qué edad tiene?	25,0%	75,0%	100,0%
	% dentro de CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD	21,4%	22,0%	21,8%
VEJEZ (71-90 AÑOS)	% dentro de ¿Qué edad tiene?	28,6%	71,4%	100,0%
	% dentro de CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD	71,4%	61,0%	63,6%
GRANDES ANCIANOS (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de ¿Qué edad tiene?	12,5%	87,5%	100,0%
	% dentro de CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD	7,1%	17,1%	14,5%
	% dentro de ¿Qué edad tiene?	25,5%	74,5%	100,0%
	% dentro de CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La escala WHOQOL-OLD consta de 26 ítems que abarcan 6 dimensiones para valorar la calidad de vida de los adultos mayores, según esta escala y los grupos de edad establecidos se encontró que en la población de estudio el grupo de adultos mayores entre 65 y 70 años el 75% califican su calidad de vida como muy buena, el grupo de 71-90 años el 71.4% califican su calidad de vida como buena, el los adultos mayores de más de 90 años el 87.5% lo califican como buena.

Gráfico 32

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA WHOQOL-OLD”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 33

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN EL INDICE DE KATZ”

Tabla de contingencia ¿Qué edad tiene? * NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ

EDAD		NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ			Total
		INDEPENDENCIA	DETERIORO MODERADO	DETERIORO FUNCIONAL GRAVE	
	% dentro de ¿Qué edad tiene?	83,3%	16,7%		100,0%
SENECTUD (65-70 AÑOS)	% dentro de NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ	23,3%	22,2%		21,8%
	% dentro de ¿Qué edad tiene?	94,3%	2,9%	2,9%	100,0%
VEJEZ (71-90 AÑOS)	% dentro de NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ	76,7%	11,1%	33,3%	63,6%
	% dentro de ¿Qué edad tiene?		75,0%	25,0%	100,0%
GRANDES ANCIANOS (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ		66,7%	66,7%	14,5%
	% dentro de ¿Qué edad tiene?	78,2%	16,4%	5,5%	100,0%
	% dentro de NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

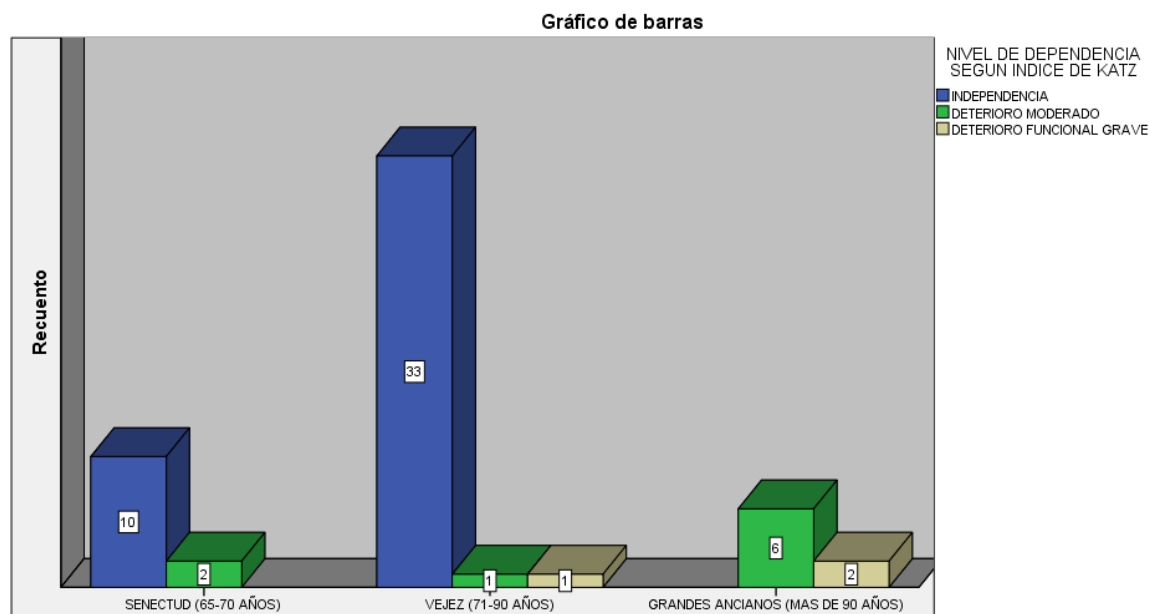
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En cuanto al nivel de dependencia el índice de KATZ lo clasifica como independiente, deterioro funcional leve y deterioro funcional grave, para el estudio se clasificó a los adultos mayores en tres grupos de edad, como es de suponer a mayor edad mayor deterioro es así que en el grupo

de 65 a 70 años el 83.3% son independientes, el 16% tienen un deterioro moderado, los adultos mayores entre 71-90 años, el 94.3% son independientes un 2.9% tienen deterioro moderado y grave. El grupo de más de 90 años el 78.2% son independientes, el 16.4% deterioro funcional leve y el 5.5% deterioro funcional grave.

Gráfico 33

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN EL INDICE DE KATZ”



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 34

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “DOMINIO FÍSICO”

Tabla de contingencia ¿Que edad tiene? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?

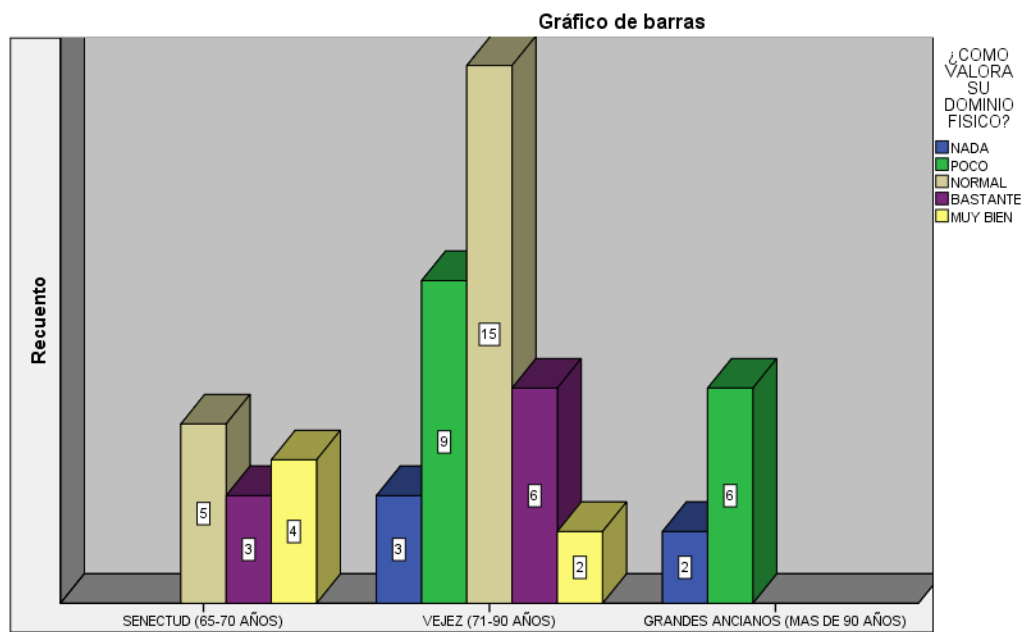
EDAD		¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?					Total
		NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN	
	% dentro de ¿Que edad tiene?			41,7%	25,0%	33,3%	100,0%
SENECTUD (65-70 AÑOS)	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?			25,0%	33,3%	66,7%	21,8%
	% dentro de ¿Que edad tiene?	8,6%	25,7%	42,9%	17,1%	5,7%	100,0%
VEJEZ (71-90 AÑOS)	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?	60,0%	60,0%	75,0%	66,7%	33,3%	63,6%
	% dentro de ¿Que edad tiene?	25,0%	75,0%				100,0%
GRANDES ANCIANOS (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?	40,0%	40,0%				14,5%
	% dentro de ¿Que edad tiene?	9,1%	27,3%	36,4%	16,4%	10,9%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO FISICO?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF valora 4 dominios uno de ellos es la salud física, en el cuadro anterior se relaciona la edad con la salud física de los adultos mayores, de igual manera se clasifica a los adultos mayores en tres grupos: de 65-70 años, de 71-90 años y más de 90 años, la escala de Likert da 5 opciones (nada poco, normal, bastante y muy bien) los adultos mayores entre 65-70 años el 41.75 lo califican como normal, los adultos mayores

entre 71-90 años el 42% como normal, y los adultos mayores de más de 90 años el 36.4% lo califican como normal.

Gráfico 34
RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “DOMINIO FÍSICO”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 35

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “DOMINIO PSICOLOGICO”

Tabla de contingencia ¿Qué edad tiene? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?

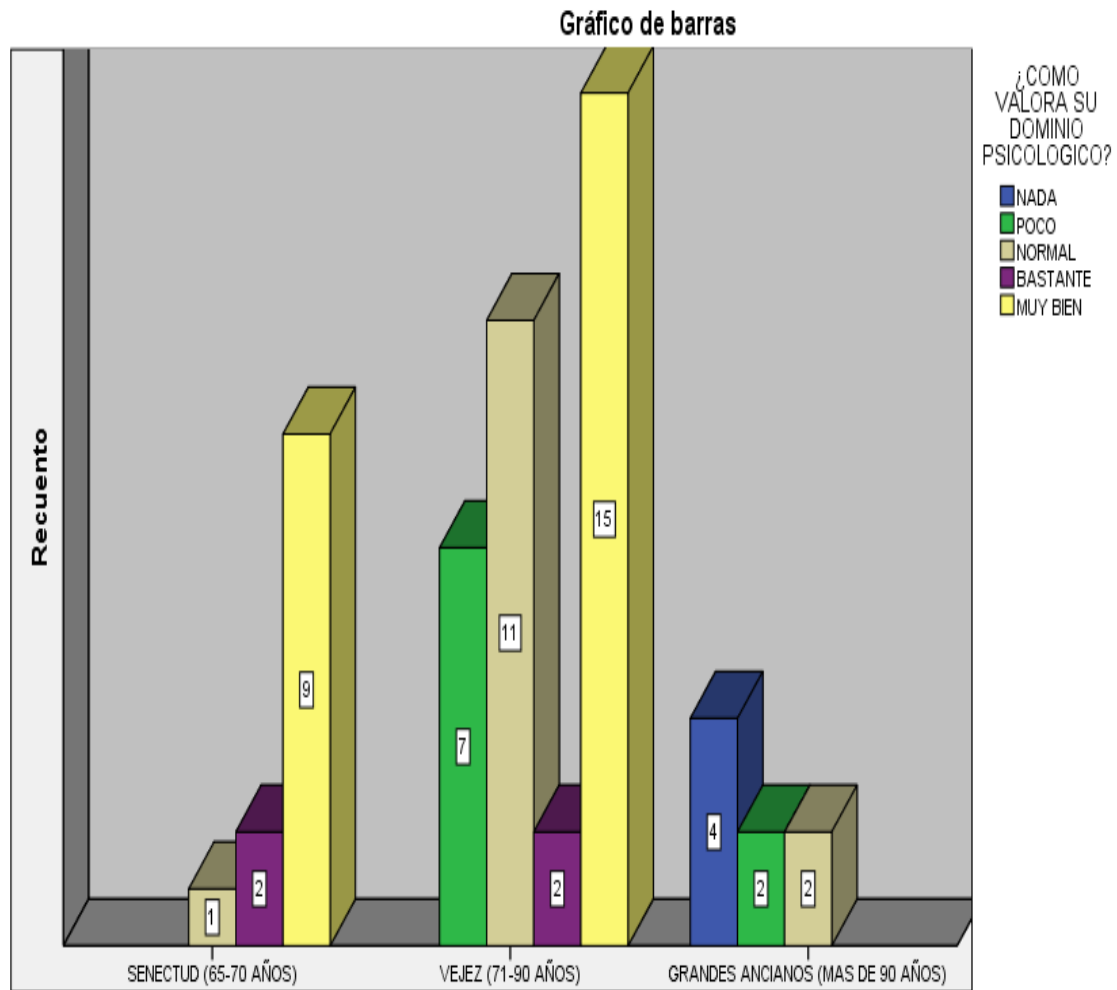
EDAD	¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?					Total	
	NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN		
SENECT UD (65-70 AÑOS)	% dentro de ¿Qué edad tiene? ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?			8,3%	16,7%	75,0%	100,0%
VEJEZ (71-90 AÑOS)	% dentro de ¿Qué edad tiene? ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?		20,0%	31,4%	5,7%	42,9%	100,0%
GRANDES ANCianos S (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de ¿Qué edad tiene? ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?	50,0%	25,0%	25,0%			100,0%
	% dentro de ¿Qué edad tiene? ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?	100,0%	22,2%	14,3%			14,5%
	% dentro de ¿Qué edad tiene? ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?	7,3%	16,4%	25,5%	7,3%	43,6%	100,0%
	% dentro de ¿Qué edad tiene? ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

En cuanto a la salud psicológica del adulto mayor encuestado, valorado en la escala de WHOQOL-BREF, y su relación con la edad de los adultos mayores de Cachipamba el 75% de los adultos mayores entre 65-70 años de edad dice estar muy bien, de igual manera lo catalogan como muy bien 42% de los adultos mayores entre 71-90 años; y los adultos mayores de más de 90 años el 43.6% dice estar muy bien.

Gráfico 35

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “DOMINIO PSICOLOGICO”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 36

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “RELACIONES PERSONALES”

Tabla de contingencia ¿Que edad tiene? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?

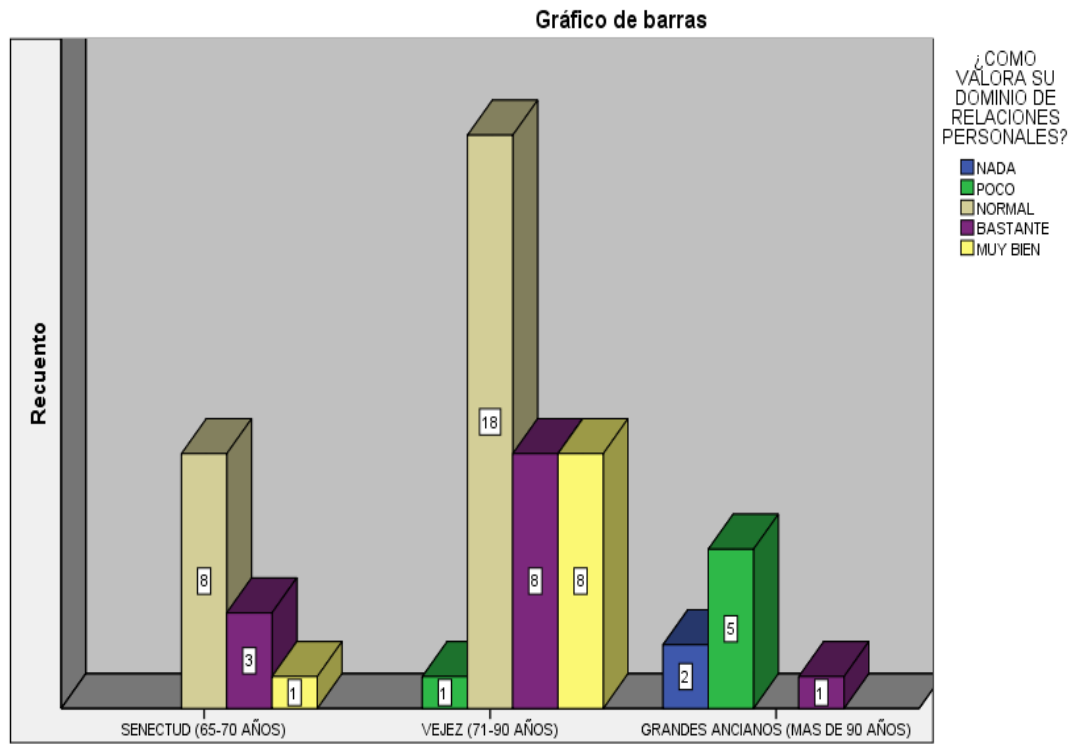
EDAD		¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?					Total
		NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN	
SENECTU D (65-70 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?			66,7%	25,0%	8,3%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?			30,8%	25,0%	11,1%	21,8%
VEJEZ (71- 90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?		2,9%	51,4%	22,9%	22,9%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?		16,7%	69,2%	66,7%	88,9%	63,6%
GRANDES ANCIANOS (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	25,0%	62,5%		12,5%		100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?	100,0%	83,3%		8,3%		14,5%
	% dentro de ¿Que edad tiene?	3,6%	10,9%	47,3%	21,8%	16,4%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

El dominio relaciones sociales que hace referencia a relaciones personales, actividad sexual y apoyo social, al relacionar con la edad del grupo estudiado se encontró que: el 66.7% de los adultos mayores entre 65-70 años lo considera normal, en el grupo de 71-90 años disminuye el porcentaje y 51.4% lo considera normal, y solo el 47.3% de los adultos mayores de más de 90 años lo considera normal.

Gráfico 36

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “RELACIONES PERSONALES”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 37

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “DOMINIO DE AMBIENTE”

Tabla de contingencia ¿Que edad tiene? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?

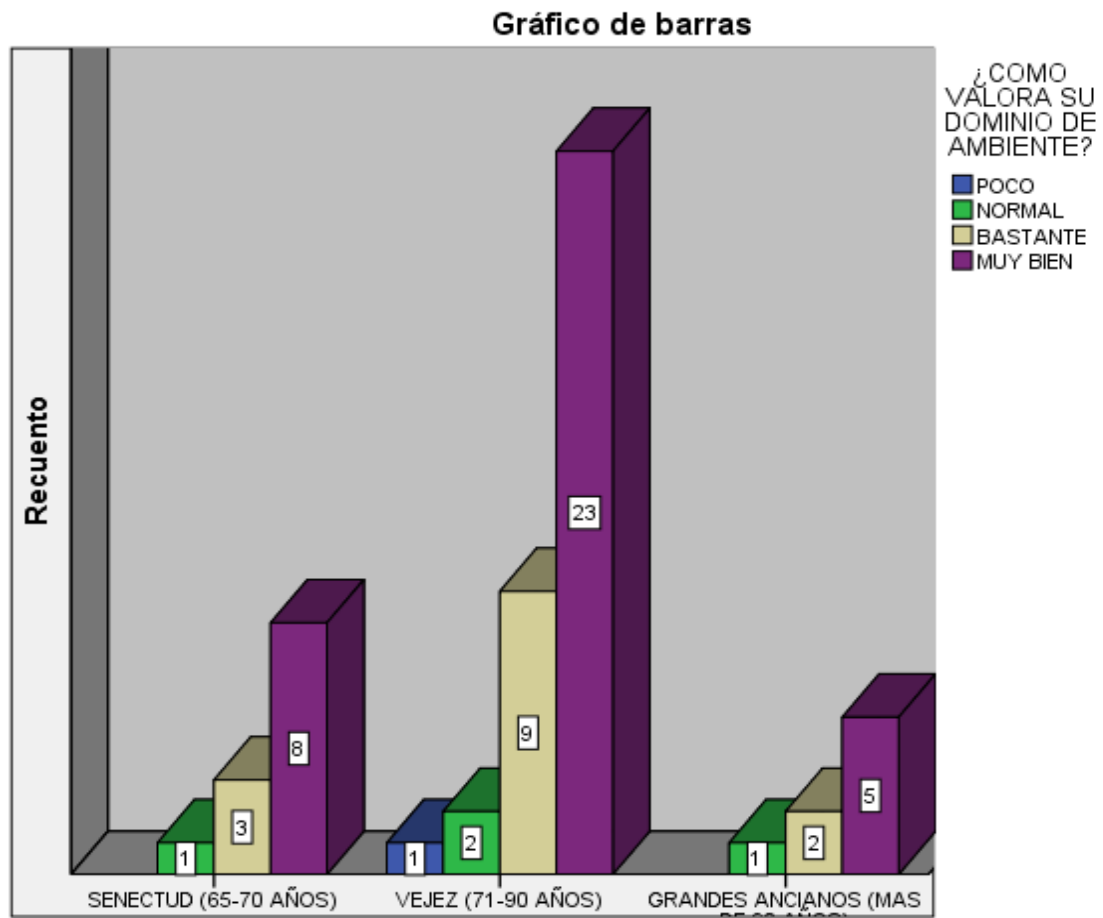
EDAD		¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?				Total
		POCO	NORMA L	BASTA NTE	MUY BIEN	
SENECTUD (65-70 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?		8,3%	25,0%	66,7%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?		25,0%	21,4%	22,2%	21,8%
VEJEZ (71-90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?	2,9%	5,7%	25,7%	65,7%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?	100,0%	50,0%	64,3%	63,9%	63,6%
GRANDES ANCIANOS (MAS DE 90 AÑOS)	% dentro de ¿Que edad tiene?		12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?		25,0%	14,3%	13,9%	14,5%
	% dentro de ¿Que edad tiene?	1,8%	7,3%	25,5%	65,5%	100,0%
	% dentro de ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE AMBIENTE?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Dentro del dominio ambiente se valora libertad y seguridad, ambiente físico, recursos económicos, libertad de información, ocio y descanso, hogar, atención sanitaria y transporte. De los 55 adultos mayores de la comunidad de Cachipamba estudiados el 66.7% de los encuestados dice estar muy bien, en el caso de los adultos mayores de 71-90 años el 65.7% dice estar muy bien sin embargo existe un porcentaje aunque bajo 2.9% de encuestados dice estar poco. Un porcentaje parecido el 62.5% de los encuestados de más de 90 años de igual manera dice estar muy bien en cuanto al dominio ambiente.

Gráfico 37

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “EDAD” Y LA VARIABLE “DOMINIO DE AMBIENTE”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla38

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESIÓN”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL? * ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?

Recuento

ESTADO CIVIL	¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?			Total
	NORMAL	DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	
SOLTERO	4	0	0	4
CASADO	34	4	1	39
VIUDO	9	1	0	10
SEPARADO	2	0	0	2
	49	5	1	55

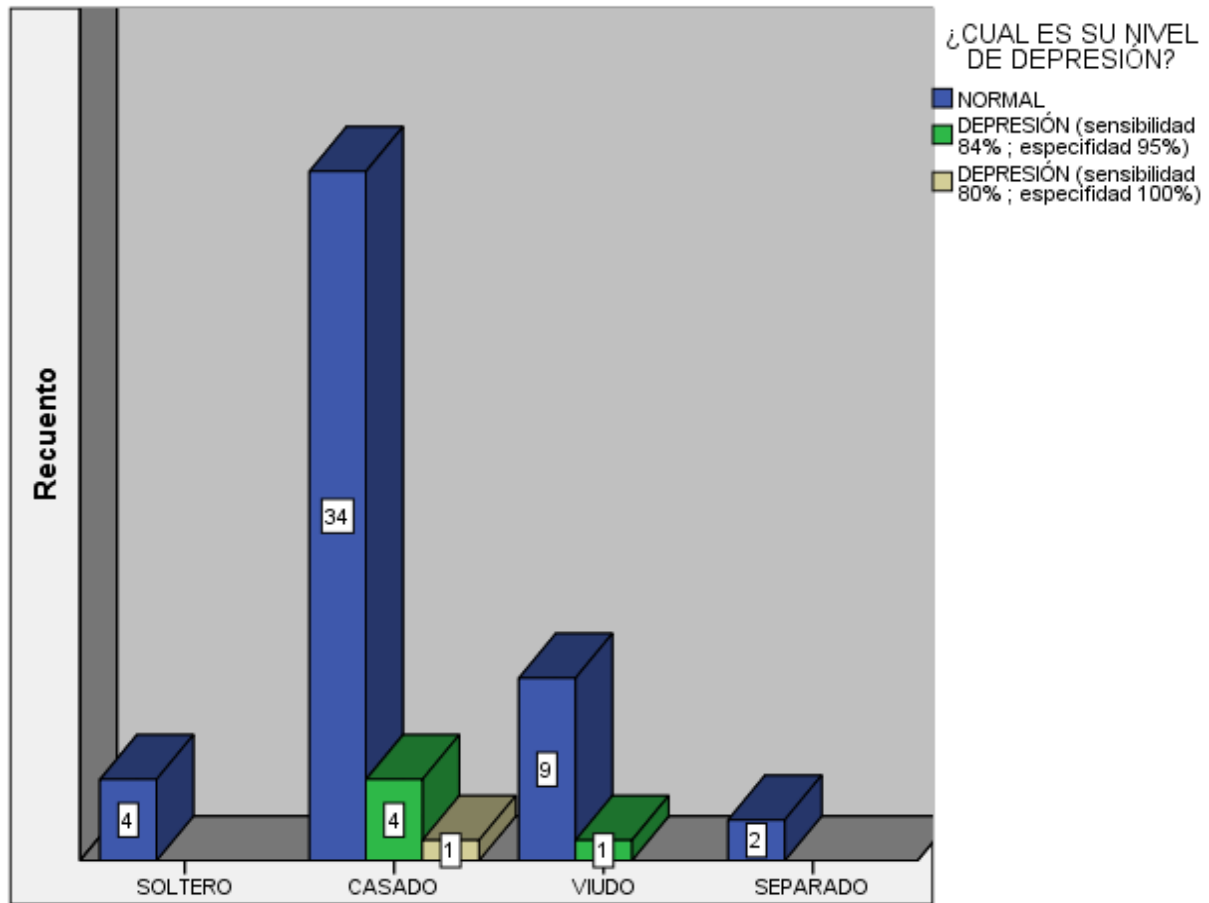
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En cuanto al nivel de depresión por sexo se observó que de los 55 adultos mayores estudiados, según el estado civil los 34 adultos mayores casados no tuvieron depresión, 4 de ellos tienen depresión moderada y 1 deterioro grave. No hay datos significativos entre adultos mayores solteros, viudos o separados.

Gráfico 38

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 39

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL? * ¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?

Recuento

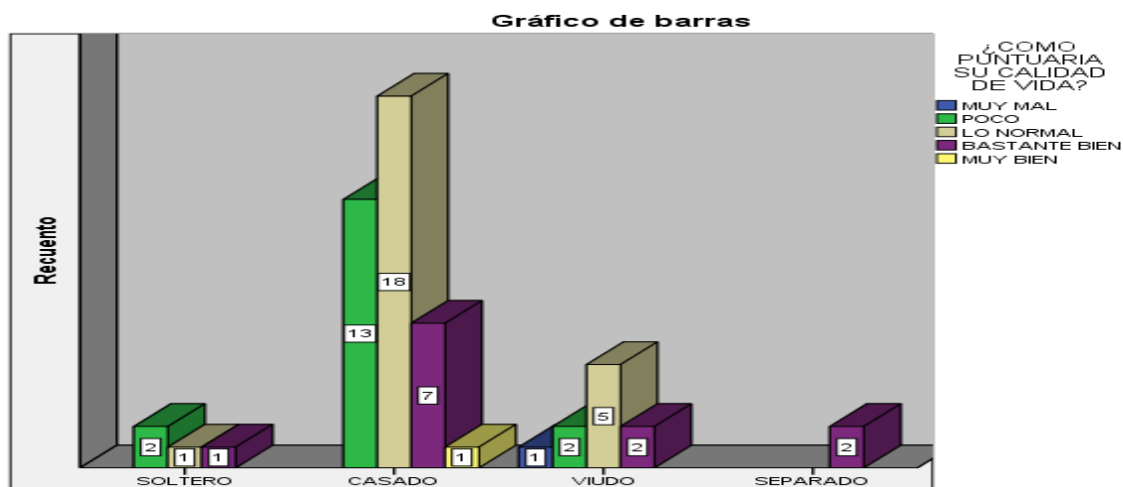
ESTADO CIVIL	¿COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA?					Total
	MUY MAL	POCO	LO NORMAL	BASTANTE BIEN	MUY BIEN	
SOLTERO	0	2	1	1	0	4
CASADO	0	13	18	7	1	39
VIUDO	1	2	5	2	0	10
SEPARADO	0	0	0	2	0	2
	1	17	24	12	1	55

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En la relación estado civil, y el análisis de la calidad de vida, en el cuadro se observa que los adultos mayores casados que son un total de 39, 18 de ellos lo catalogan como normal, 13 como poco, 7 dicen que bastante bien, los de estado civil viudos que son un total de 10 la mitad 5 dicen lo normal, solteros son únicamente 4, 2 de ellos dicen poco, 1 lo normal y 1 bastante bien.

Gráfico 39

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “COMO PUNTUARIA SU CALIDAD DE VIDA”



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 40

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL? * ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?

Recuento

Estado civil	¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?					Total
	NADAN SATISFECHO	POCO	LO NORMAL	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
SOLTERO	0	3	1	0	0	4
CASADO	5	17	10	6	1	39
VIUDO	4	3	3	0	0	10
SEPARADO	0	1	1	0	0	2
TOTAL	9	24	15	6	1	55

Fuente: Encuestas

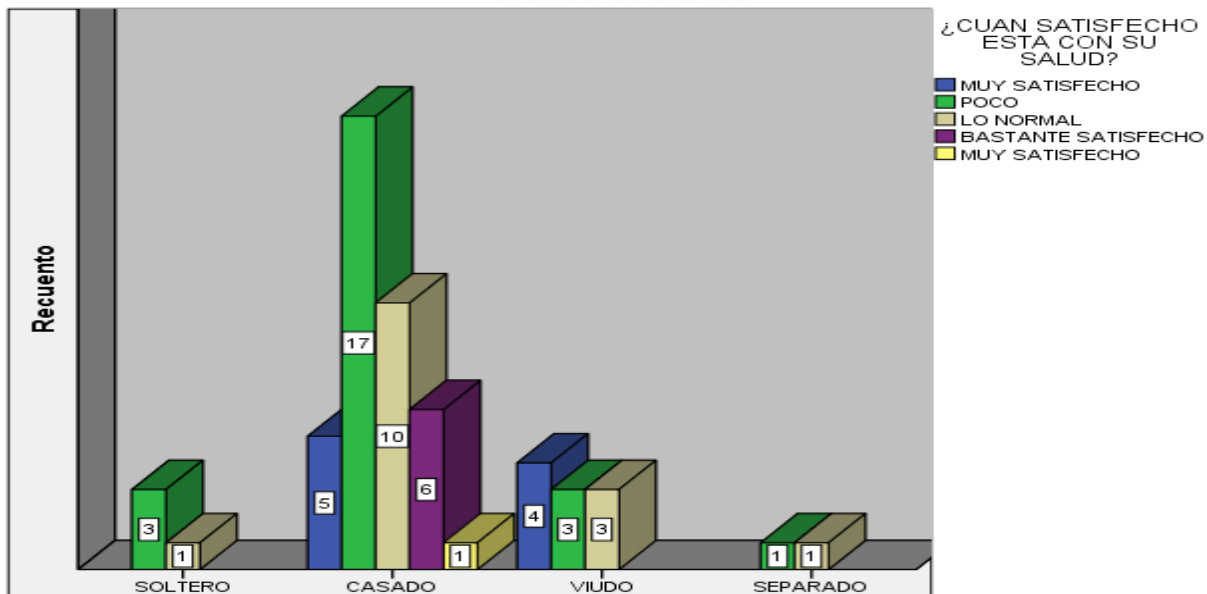
Autor: Andrés González

La satisfacción con su estado de salud 17 de los 39 adultos mayores casados manifiesta estar poco satisfechos, 10 lo normal y solamente 1 está muy satisfecho. De los 10 adultos mayores viudos 4 están nada satisfecho

Gráfico 40

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas

Autor: Andrés González

Tabla 41

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “DOMINIO PSICOLOGICO”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?

Recuento

Estado civil	¿COMO VALORA SU DOMINIO PSICOLOGICO?					Total
	NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN	
SOLTERO	0	0	1	1	2	4
CASADO	3	8	8	3	17	39
VIUDO	1	1	4	0	4	10
SEPARADO	0	0	1	0	1	2
TOTAL	4	9	14	4	24	55

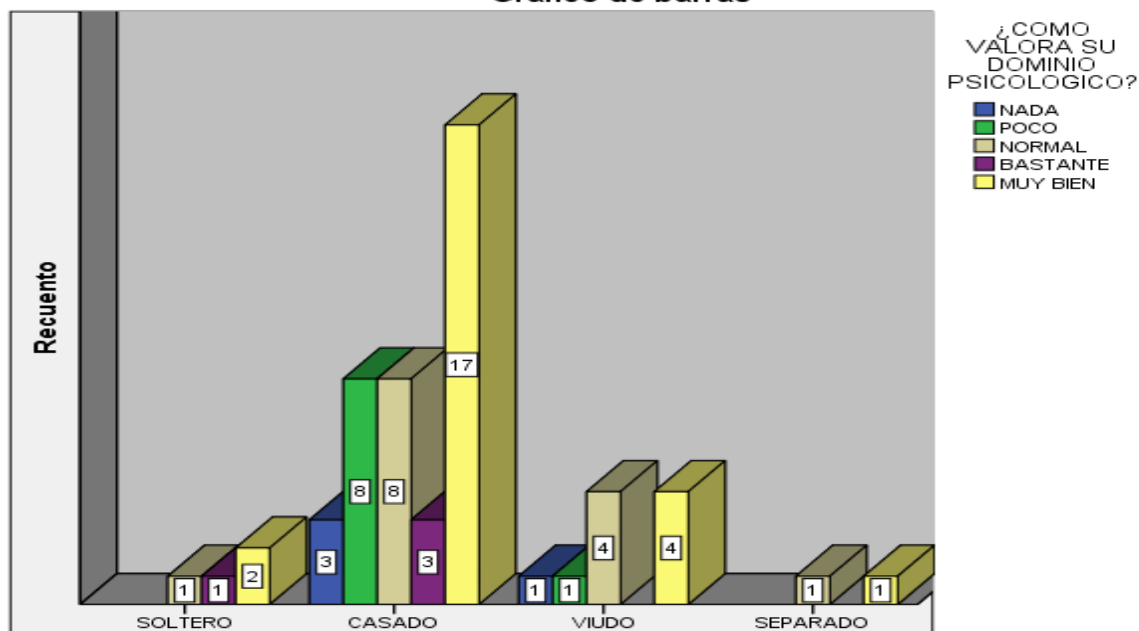
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

EL dominio psicológico y la relación estado civil de los encuestados demuestra que de los 39 adultos mayores casados 17 están muy bien, y 3 nada satisfechos; d los 10 adultos mayores viudos 4 dicen lo normal, 4 muy bien y 1 poco y nada satisfechos.

Gráfico 41

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “DOMINIO PSICOLOGICO”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 42

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL? * ¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?

Recuento

Estado civil	¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?		Total
	SI	NO	
SOLTERO	4	0	4
CASADO	35	4	39
VIUDO	9	1	10
SEPARADO	2	0	2
TOTAL	50	5	55

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Se clasifica el estado civil en soltero, casado, viudo y separado, al hacer la relación el estado civil de los encuestados con la enfermedad que éstos pueden padecer se observó que: de los 39 adultos mayores casados 35 si padecen alguna enfermedad, y 9 de los 10 viudos están enfermos.

Gráfico 42

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “ESTADO CIVIL” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 43

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “CON QUIEN VIVE” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION”

Tabla de contingencia ¿CON QUIEN VIVE? * ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?

Recuento

	¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN?			Total
	NORMAL	DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	
Con quien vive				
SOLA/O	3	0	0	3
CON ESPOSA/O	31	3	1	35
CON LA FAMILIA	15	2	0	17
TOTAL	49	5	1	55

Fuente: Encuestas

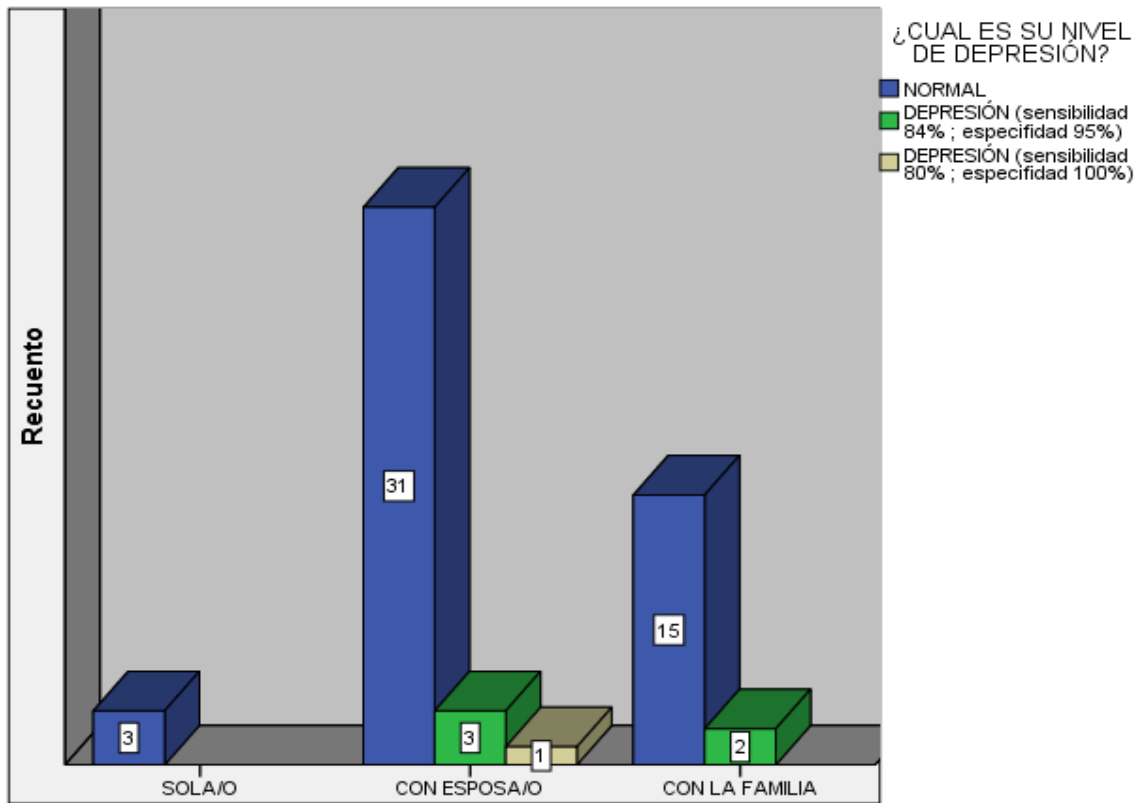
Autor: Andrés González

De los 55 adultos mayores encuestados 35 viven con su esposa/o, 17 vive con la familia, y 3 viven solos, al hacer una relación con su nivel de depresión se observa que: 31 adultos mayores que viven con sus esposas o esposos no padecen depresión, 3 tiene depresión leve y 1 deterioro grave. De los 17 que viven con su familia, 15 no tiene depresión y 2 depresión leve; los 3 pacientes que viven solos no presentan depresión.

Gráfico 43

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “CON QUIEN VIVE” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 44

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “CON QUIEN VIVE” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”

Tabla de contingencia ¿CON QUIEN VIVE? * ¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?

Recuento

CON QUIEN VIVE	¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?		Total
	SI	NO	
SOLA/O	2	1	3
CON ESPOSA/O	32	3	35
CON LA FAMILIA	16	1	17
TOTAL	50	5	55

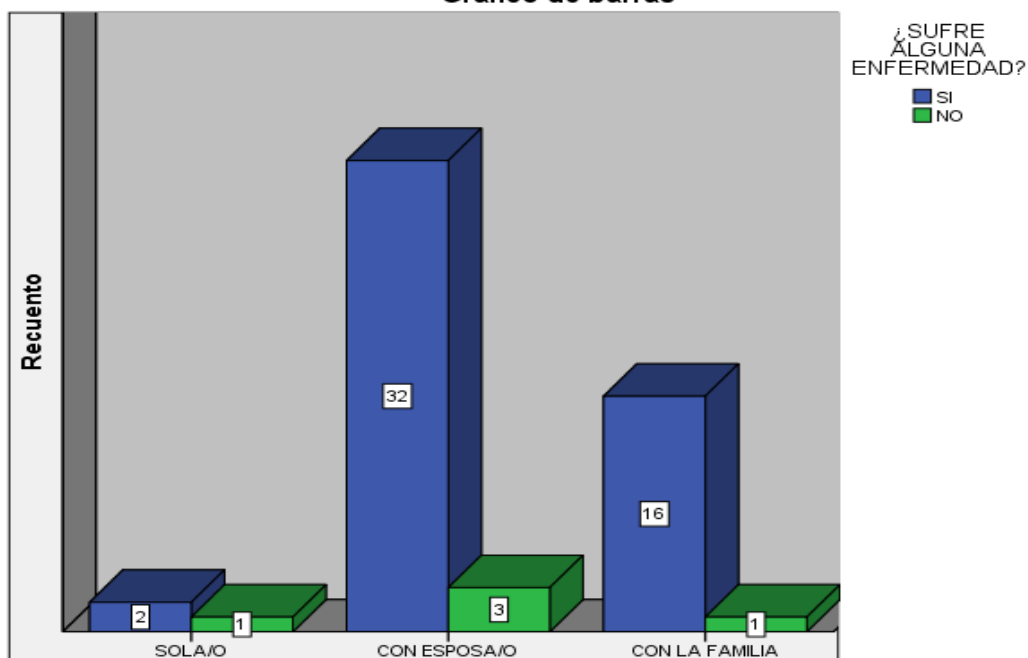
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

La Relación de con quién vive y si padecen o no alguna enfermedad se estableció que: de los 35 adultos mayores que viven con sus parejas 32 si padecen alguna enfermedad, de los 17 que viven con su familia 16 padecen alguna enfermedad; y de los 3 que viven solos 2 padecen alguna enfermedad.

Gráfico 44

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “CON QUIEN VIVE” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 45

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION” Y LA VARIABLE “CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN? * ¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?

Recuento

NIVEL DE DEPRESIÓN	¿CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?					Total
	Nada SATISFECHO	POCO	LO NORMAL	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
NORMAL	7	22	14	5	1	49
DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	1	2	1	1	0	5
DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	1	0	0	0	0	1
Total	9	24	15	6	1	55

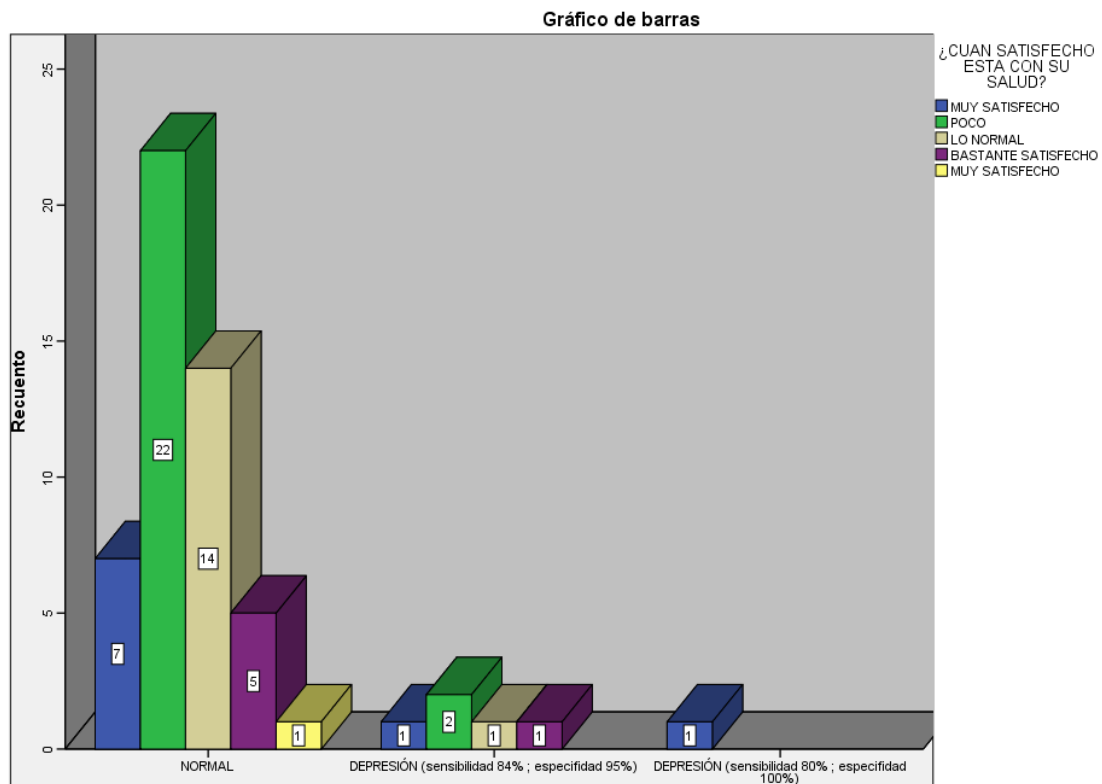
Fuente: Encuestas

Autor: Andrés González

La depresión es una enfermedad que provoca múltiples desordenes orgánicos por lo que de los 55 adultos mayores estudiados 22 pacientes que no presentaron depresión están poco satisfechos con su salud, y 7 nada satisfechos; de los 5 pacientes que presentaron depresión 2 están poco satisfechos y 1 nada satisfecho, lo normal y bastante satisfecho.

Gráfico 45

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION” Y LA VARIABLE “CUAN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 46

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICE DE KATZ”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN? * NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ

Recuento

NIVEL DE DEPRESIÓN	NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ			Total
	INDEPENDENCIA	DETERIORO MODERADO	DETERIORO FUNCIONAL GRAVE	
NORMAL	41	6	2	49
DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	2	3	0	5
DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	0	0	1	1
Total	43	9	3	55

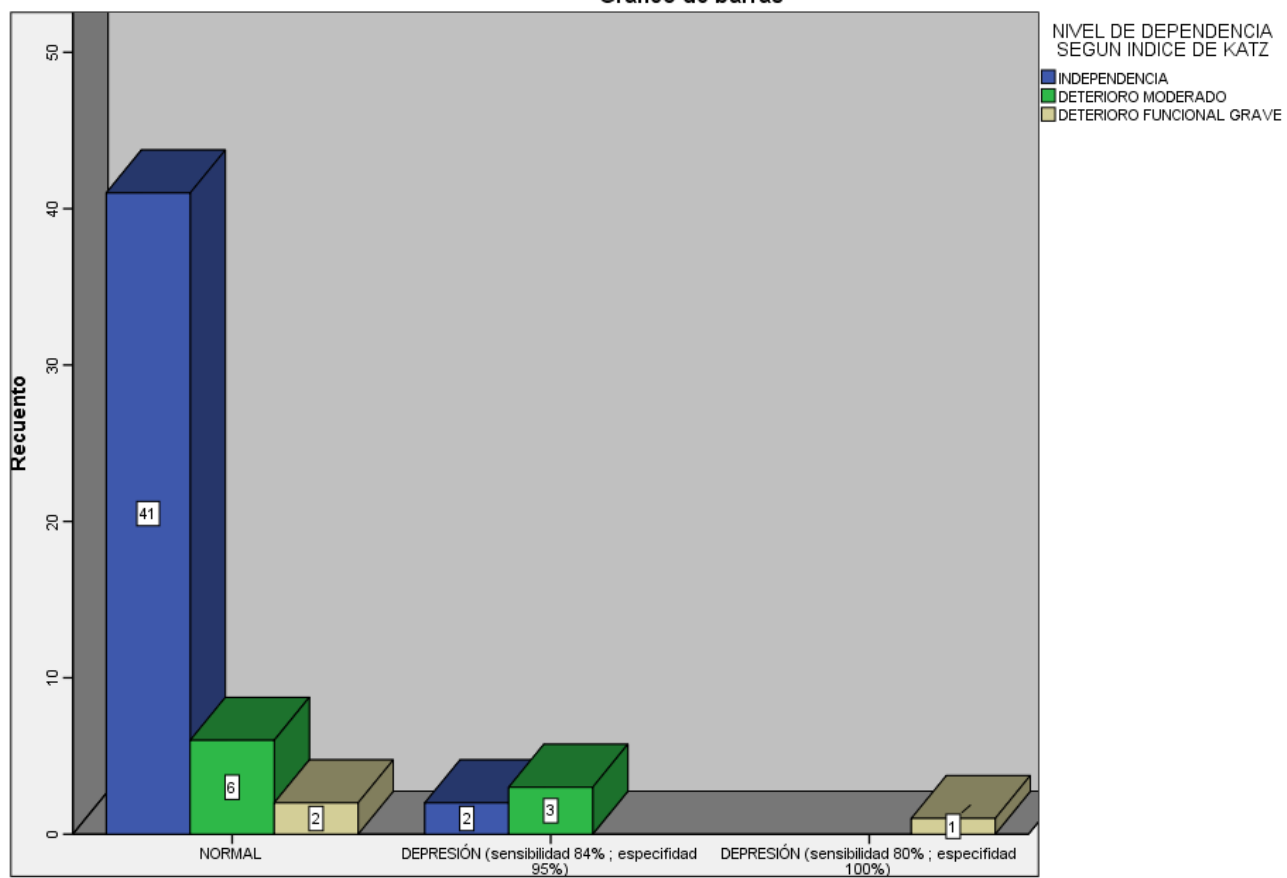
Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

De los 55 adultos mayores encuestados 49 adultos mayores es decir el 89% su nivel de depresión es “normal” de los cuales 41 tienen una movilidad independiente, 6 un deterioro moderado de su nivel de dependencia y 2 tienen un deterioro funcional grave de su dependencia. Mientras que 5 adultos mayores es decir el 9% tiene una DEPRESIÓN (sensibilidad 84%; especificidad 95%) de los cuales 2 son independientes y 3 tienen un deterioro moderado de su dependencia. Y por último tenemos a 1 adulto mayor es decir el 2% tiene DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%) y un deterioro funcional grave de su nivel de dependencia.

Gráfico 46

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICE DE KATZ”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 47

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESIÓN” Y LA VARIABLE “RELACIONES PERSONALES”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN? * ¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?

Recuento

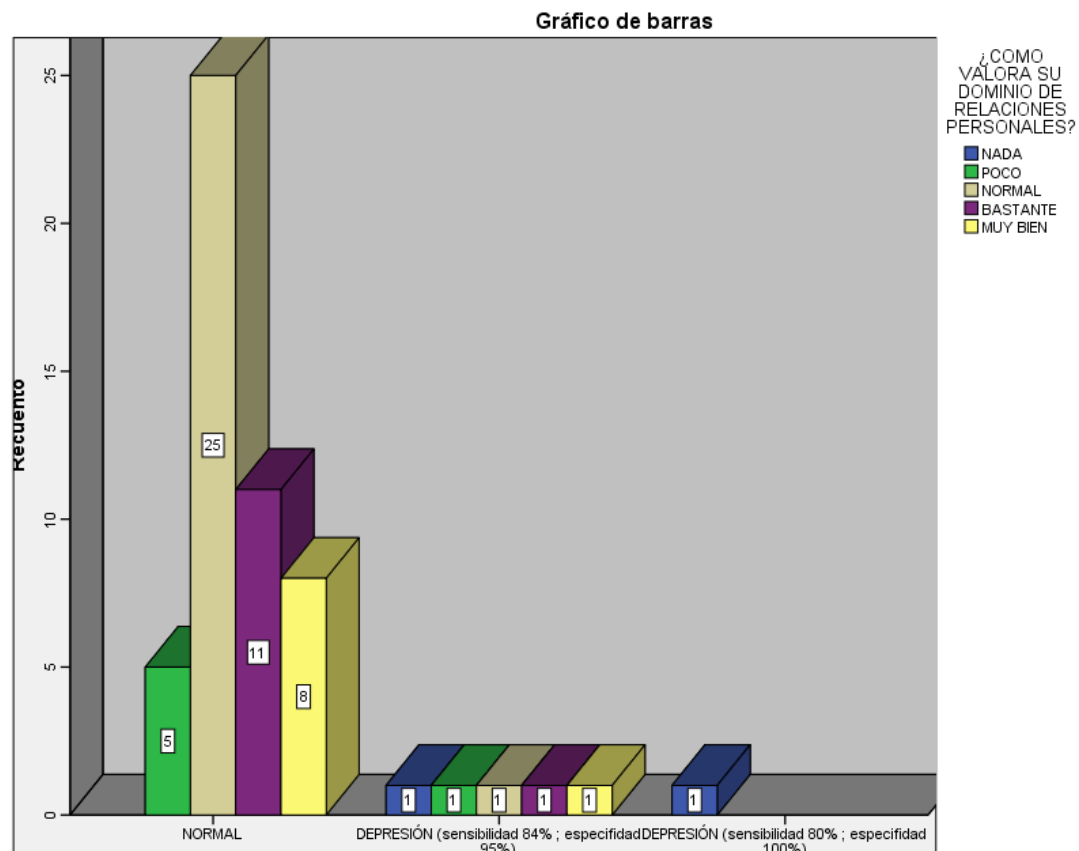
NIVEL DE DEPRESIÓN	¿COMO VALORA SU DOMINIO DE RELACIONES PERSONALES?					Total
	NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUY BIEN	
NORMAL	0	5	25	11	8	49
DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	1	1	1	1	1	5
DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	1	0	0	0	0	1
Total	2	6	26	12	9	55

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

De los 55 adultos mayores encuestados 49 adultos mayores es decir el 89% su nivel de depresión es “normal” de los cuales 25 valoran sus relaciones personales como normal y 5 como “poco”. Mientras que 5 adultos mayores es decir el 9% tienen un nivel de DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%) se distribuyen uniformemente uno en cada casilla es decir 1 valora sus relaciones como nada, 1 como poco, 1 como normal 1 como bastante y 1 como muy bien.. Y por último tenemos a 1 adulto mayor es decir el 2% tiene DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%) y valora sus relaciones personales como “nada”.

Gráfico 47

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION” Y LA VARIABLE “RELACIONES PERSONALES”



Fuente: Encuestas
Autor: Andrés González

Tabla 48

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”

Tabla de contingencia ¿CUAL ES SU NIVEL DE DEPRESIÓN? * ¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?

Recuento

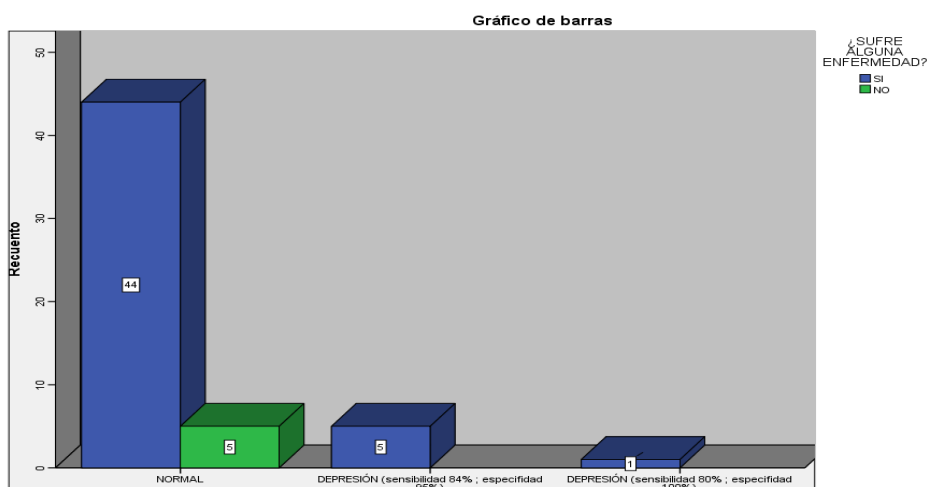
NIVEL DE DEPRESIÓN	¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?		Total
	SI	NO	
NORMAL	44	5	49
DEPRESIÓN (sensibilidad 84% ; especificidad 95%)	5	0	5
DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%)	1	0	1
Total	50	5	55

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En cuanto a la relación de nivel de depresión y si sufre alguna enfermedad podemos observar que de los 49 adultos mayores que tienen un nivel de depresión “normal” 44 sufren alguna enfermedad y 5 no sufren ninguna enfermedad, mientras que 5 adultos mayores que tienen DEPRESIÓN (sensibilidad 84%; especificidad 95%) los 5 sufren algún tipo de enfermedad y 1 adulto mayor que tiene DEPRESIÓN (sensibilidad 80% ; especificidad 100%) si sufre una enfermedad.

Gráfico 48

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “NIVEL DE DEPRESION” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 49

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “CALIDAD DE VIDA SEGÚN WHOQOL-OLD” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICE DE KATZ”

Tabla de contingencia CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD * NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ

Recuento

CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD	NIVEL DE DEPENDENCIA SEGUN INDICE DE KATZ			Total
	INDEPENDENCIA	DETERIORO MODERADO	DETERIORO FUNCIONAL GRAVE	
MEDIANAMENTE BUENA	12	2	0	14
BUENA	31	7	3	41
Total	43	9	3	55

Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En la relación entre la variable “calidad de vida según whoqol-old” y la variable “nivel de dependencia según índice de katz” podemos ver que la calidad de vida según la escala whoqol-old se divide en 2 medianamente buena y buena. En la categoría medianamente buena existen 14 adultos mayores de los cuales 12 son independientes y 2 tienen un deterioro moderado, y en la categoría buena están 41 adultos mayores de los cuales 31 son independientes, 7 tienen un deterioro moderado de su dependencia y 3 tienen un deterioro funcional grave.

Gráfico 49

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “CALIDAD DE VIDA SEGÚN WHOQOL-OLD” Y LA VARIABLE “NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICE DE KATZ”



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

Tabla 50

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “CALIDAD DE VIDA SEGÚN WHOQOL-OLD” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”

Tabla de contingencia CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD * ¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?

Recuento

CALIDAD DE VIDA SEGUN WHOQOL-OLD	¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?		Total
	SI	NO	
MEDIANAMENTE BUENA	14	0	14
BUENA	36	5	41
Total	50	5	55

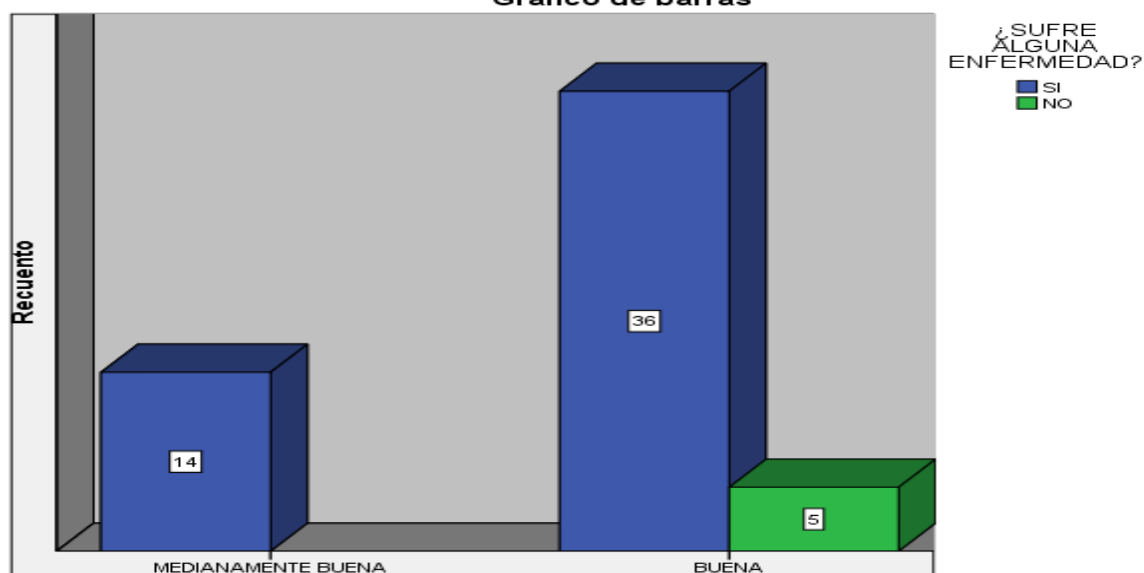
Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

En la relación calidad de vida según la escala whoqol-old y si tiene alguna enfermedad podemos ver que 14 adultos mayores tienen una calidad de vida y los 14 sufren alguna enfermedad y 41 adultos mayores tienen una calidad de vida buena de los cuales 36 si tienen una enfermedad y 5 no tienen ninguna enfermedad.

Gráfico 50

RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE “CALIDAD DE VIDA SEGÚN WHOQOL-OLD” Y LA VARIABLE “ENFERMEDAD”

Gráfico de barras



Fuente: Encuestas
 Autor: Andrés González

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La evaluación de calidad de vida en el adulto mayor ha tomado más interés en el campo investigativo en los últimos años, principalmente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, en este estudio se propuso medir la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba, desde un aspecto multidimensional y netamente subjetivo usando los siguientes instrumentos: primero se aplicó una ficha sociodemográfica para saber cuáles eran sus condiciones de vida, luego se aplicó la escala de Yesavage cuyo propósito es medir el nivel de depresión en los adultos mayores, seguidamente se aplicó la escala de whoqol-bref la cual consta de 2 preguntas individuales que valora la percepción de la calidad de vida y de cómo valora el individuo su salud, el resto de preguntas se divide en 4 dominios que valoran la calidad de relaciones personales, el dominio físico, el dominio psicológico y el dominio ambiente. Seguidamente se aplicó la escala de Whoqol-old la cual mide localidada de vida de los adultos mayores calificándola como: calidad de vida buena, calidad de vida medianamente buena y calidad de vida mala. Finalmente se aplicó el índice de Katz el fin de este índice sirve para medir el nivel de depresión del individuo.

El concepto de calidad de vida es multifactorial y multidimensional donde los individuos estudiados pueden ser valorados desde distintos puntos objetivos pero la expresión abarca una autovaloración de la vida lo que lo vuelve altamente subjetivo y lo que hace complicado dicho estudio.

Los resultados de esta tesis fueron los siguientes: en cuanto a la edad podemos observar que la edad promedio es de 79.27 años, con una mediana de 80, moda de 65 años, el rango mínimo de edad es 65 años y el máximo 100 años. Con respecto al sexo los resultados fueron ligeramente a favor del sexo femenino con un 50,9% de los encuestados mientras que hubo un 49.1% participantes masculinos, cabe recalcar que el 100% de los encuestados se autoidentifican como mestizos, en cuanto al estado civil el porcentaje más alto es de 70,9% pertenece a adultos mayores casados seguidos del 18,2% son viudos, 31 7,3 son solteros y tan solo el 3,6% son separados. La mayoría de adultos mayores (47,3%) no tienen ningún nivel de instrucción, seguidos del 30,9% que asistieron a la primaria pero no la terminaron y

finalmente el porcentaje mas bajo (21,8%) acabaron la primaria. Estudiamos tambien la compañía del adultomayor, es decir con quien vive dando como resultado que el 63,6% vive con su esposo/a, el 30,9% viven con su familiay un 5,5% viven solos. El 90,9% de adultos mayores encuetados sufren algun tipo de enfermedad, siendo las de mayor existencia problemas de vision con 53 casos, problemas de la audicion 50 casos, en menor proporcion tenemos a la gastritis con 23 casos, la hipertencion arterial con 27 casos, seguida de ladiabetes con 20 casos, artritis 18 casos, protatitis 14 casos, problemas respiratorios 10 casos, osteoporosis 9 casos, problemas renales 7 casos, problemas de la tiroides 6 casos y 2 casos con problemas neurologicos. Herrera C y Mora H en Quito-Ecuador en el año 2016 estudiaron la percepción de calidad de vida mediante el cuestionario whoqol- old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor, respecto a las características sociodemográficas de los pacientes estudiados se obtuvo una media de edad de 76,08, la mayoría de pacientes fueron de sexo femenino (65%), casados (46%), que conviven con sus parejas (27%) o hijos (27%), con instrucción primaria (54,6%), mestizos (80%). Las enfermedades mayormente reportadas fueron: Hipertensión Arterial (49.8%), alteraciones osteoarticulares (41%), alteraciones visuales (27.7%) y auditivas (26.9%). Al hacer un ligero análisis se nota que los datos de la presente investigación concuerdan o son muy similares a los resultados obtenidos en la investigación con adultos mayores realizada en Quito, puesto que el instrumento utilizado para el estudio el mismo utilizada en el presente estudio (43).

En cuanto al estudio del nivel de depresión con la escala de yesavage los resultados del estudio fueron los siguientes: 49 adultos mayores (89,1%) tienen un nivel normal es decir no tienen depresión, mientras que 5 adultos mayores (9,1%) tiene un nivel de Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%) y 1 adulto mayor (1,8%) tiene un nivel de DEPRESIÓN (sensibilidad 80%; especificidad 100%). En Medellín Colombia, un estudio similar, su objetivo fue explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos. Se trabajó con una muestra de 276 ancianos. La calidad de vida se evaluó mediante el *World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD)* ; y la escala de depresión de Yesavage. Los resultados fueron: el 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de $79,2 \pm 8,0$ años, 71 % se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 %, al contrario del estudio realizado en Cachipamba, en este grupo estudiado el 33 % mostraron

riesgo de ansiedad, 28,3 % deterioro funcional y, 54,3 %, posible malnutrición. El sexo femenino tiene menor porcentaje de una buena calidad de vida (16).

Usando la escala whoqol-bref se estudió la calidad de vida en su primera parte se compone de la pregunta ¿Cómo puntuaría su calidad de vida? Dando los siguientes resultados el 43,6% de adultos mayores la valoran como normal el 30,9% como poco, el 21,8% como bastante bien y con un similar porcentaje 1,8% lo valoran como muy mal y muy bien. Otra pregunta es ¿cuán satisfecho esta con su salud? Y el porcentaje más alto 43,6% supo responder que poco satisfecho, seguido del 27,3% dijo que “lo normal”, un 16,4% está muy insatisfecho con la salud, el 10,9% está bastante satisfecho y el 1,8% está muy satisfecho. La escala de whoqol-bref se divide en 4 dominios los resultados son los siguientes. El dominio físico el 36,4% lo percibe como normal y un 9,1 como “nada”. El dominio psicológico un 43,6% lo valora como muy bien y el 7,3 como “nada”. El dominio de relaciones personales el 47,3% dice ser normal y un 3,6% como nada y en cuanto al dominio ambiente el 65,5% valora su ambiente como muy bien y el 1,8% como “poco”. En la Región Metropolitana (RM) de Chile se realizó un estudio en el que se compararon los dos grupos de adultos mayores beneficiados por los dos tipos de vivienda. Los beneficiarios eran 155 de viviendas en condominio y 218 de viviendas básicas en edificio, Como instrumento de estudio se utilizó la encuesta de percepción de calidad de vida, WHOQoL-BREF De un máximo de 5 puntos a ¿cómo calificaría su calidad de vida?, los adultos mayores de condominio alcanzaron 3,2 puntos y los de edificio 2,8. Para ¿cuán satisfecho está de su salud?, en condominio alcanzaron 2,9 puntos y los de edificio 2,6. En este estudio se pudo establecer que los beneficiarios de vivienda en condominio tenían mejor percepción de calidad de vida (23).

Mientras que los resultados usando la escala whoqol-old fueron las siguientes el 74,5% dice tener una calidad de vida buena y un 25,5% dice tener una calidad de vida medianamente buena. Herrera C, Mora J, en su estudio realizado con adultos mayores que asistían a la consulta externa del hospital de atención integral al adulto mayor en Quito, sobre calidad de vida usando el cuestionario whoqol- old. El 85% de los adultos mayores percibe su calidad de vida como buena calidad y el 15% como medianamente buena (43).

Para medir el nivel de dependencia usamos el índice de katz y los resultados fueron que la mayoría 78,7% es independiente en sus actividades pero un 16,4% tiene un deterioro moderado en su dependencia y el 5,5% tiene un deterioro funcional grave. Rodríguez M, Verdugo Z, en

el cantón Nabón de la Provincia del Azuay estudiaron la calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas usando el índice de katz funcionalmente un 88,5% es independiente y de ellos, la población más vulnerable es la indígena (44).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES.

Se realizó este estudio que mide calidad de vida en los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba de la parroquia Guapán, con el uso de las siguientes escalas: WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF, escala de depresión geriátrica de YESAVAGE e índice de KATZ, y se concluye que:

- Según la escala WHOQOL-BREF, más del 40% valora su calidad de vida como normal, el 43,6% de adultos mayores dijo estar poco satisfecho con su salud y tan solo el 1,8% dijo estar muy satisfecho con su salud.
- En cuanto al análisis de los dominios que forman parte del estudio de la calidad de vida, se observó lo siguiente: en el dominio de adaptación ambiental, que tiene dos componentes: el primero, dominio físico en general la población estudiada la consideran como normal. El segundo dominio es el psicológico en su mayoría es valorado como muy bien. En el tercer dominio de relaciones personales lo valoran como normal y el cuarto dominio es el de ambiente el cual fue valorado como muy bien por parte de los encuestados.

En cuanto a las variables sociodemográficas se determina lo siguiente:

- En la edad de los adultos mayores existe una media de 79 años, la edad mínima de 65 años y la máxima fue de 100 años. En el estudio se evidencia un ligero predominio del sexo masculino, todos los adultos mayores se auto determinan como mestizos, con respecto al estado civil la mayoría se encuentran casados seguido por las personas viudas/os. Analizando el nivel de instrucción, podemos apreciar que la mayoría no asistió a la escuela y en segundo lugar tenemos a adultos mayores que fueron a la escuela pero no la terminaron, esto se debe a la distinta forma de pensar y costumbres que en antes existían donde se daba más importancia al trabajo que al estudio. En cuanto a la convivencia, la mayoría vive con su pareja.

- Se estudió si los adultos mayores padecían alguna enfermedad el 90.9% dijo que si, evidenciando que las que más padecen son problemas con la visión y audición, seguidas de la hipertensión arterial, gastritis y diabetes.
- Se aplicó la escala de YESAVAGE y se pudo evidenciar que la mayoría de adultos mayores no presentaron depresión..
- Con respecto al nivel de dependencia medido por el índice de katz se observó que la mayoría de adultos mayores son independientes y solo un 5,5% tienen un deterioro funcional grave.

7.2 RECOMENDACIONES

Los resultados de la investigación serán socializados con el presidente de la comunidad.

Los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba concluyen que su calidad de vida muestran niveles aceptables; la calidad de vida según whoqol-old es buena para la mayoría de los encuestados, según whoqol-bref calidad de vida satisfecha, su dominio físico poco satisfecho, dominio psicológico, relaciones personales y ambiente muy bien, la mayoría de encuestados no presenta depresión; por lo tanto es importante que el adulto mayor continúe con su estilo de vida habitual, y las recomendaciones van encaminadas a la familia del paciente y comunidad en general.

Es importante que la familia demuestre interés por el cuidado y protección de los adultos mayores, ya que están vulnerables a enfermedades y accidentes que pueden ocasionarse por el deterioro orgánico y funcional propio de la edad.

Los adultos mayores son presa fácil de enfermedades crónicas degenerativas propias de la edad, en el grupo estudiado se observa patologías auditivas, de la visión, del aparato digestivo e hipertensión arterial, es importante la educación encaminada a la prevención y control de las enfermedades de este grupo de población, las cuales se pueden disminuir su prevalencia mejorando hábitos alimenticios, ejercicio y control médico adecuado y oportuno para evitar complicaciones.

En la escala de YESAVAGE la mayoría de adultos mayores presenta un nivel de depresión normal no obstante existe un porcentaje mínimo de depresión, por lo que se recomienda mayor

apoyo familiar y de la comunidad en general para no discriminar a los adultos mayores sino insertarlos dentro de la comunidad y hacerlos sentir útiles.

La mayoría de adultos mayores de la comunidad de Cachipamba son independientes, un porcentaje pequeño tiene un deterioro moderado en estos casos se debe tener mucho cuidado por parte de la familia o pareja que esté a cargo ya que a esta edad son frecuentes las fracturas. Así mismo hay pacientes con deterioro funcional grave que pasan inmóviles, se recomienda terapias para mejorar la movilidad y evitar contracturas graves, cambios de posición para evitar lesiones cutáneas, y una buena higiene para evitar futuras enfermedades.

Recomiendo también usar este estudio como modelo para realizar estudios de adultos mayores en las demás comunidades de la parroquia Guapán y provincia del Cañar.

7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An. Fac. Med. 2013;68(3):284. disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
2. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección Población Adulta Mayor [Internet]; 2018 [citado 2 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
3. Pulo Granda CalidadVida.pdf [Internet]; 2017 [citado 2 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.innsz.mx/descargas/investigacion/CalidadVida.pdf>
4. OMS | Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. WHO; 2018. [citado 9 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
5. INEC Información Censal [Internet]. Ecuador; 2010 [citado 24 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>
6. Censos INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Información Censal [Internet]. Ecuador; 2010 [citado 24 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>
7. ONU boletin_envejecimiento.pdf [Internet]; 2017 [citado 11 de agosto de 2018]. Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.pdf
8. Gutiérrez V. Calidad de vida y atención del adulto mayor en la parroquia Anconcito. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2017. La Libertad. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. 24p. [citado 11 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/3907/1/UPSE-TOD-2017-0004.pdf>
9. Ann Bowling Living well into old age [Internet]. JRF; 1997 [citado 11 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.jrf.org.uk/report/living-well-old-age>
10. Lojano Guamán CL, Palaguachi Jerez NL, Gualpa Lema SY. Tesis [Internet]. 2015 [citado el 8 de Octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23644>

11. Estadisticas_adulto_mayor.pdf [Internet]. 2018[citado 24 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf
12. Bolaños JC. Ley del Adulto Mayor busca ratificar derechos y garantizar una vejez digna [Internet]. 2018[citado 11 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.extra.ec/actualidad/adultomayor-vejez-ancianos-asambleanacional-estadisticas-YD2050890>
13. EcuadorTV. Estos son los beneficios de la Ley del Adulto Mayor [Internet]. 2018 [citado 11 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadortv.ec/noticias/actualidad/9/beneficios-ley-adulto-mayor>
14. El Telégrafo E. La vejez, una mirada a través del tiempo [Internet]. 2014 [citado 14 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/1/la-vejez-una-mirada-a-traves-del-tiempo>
15. Cela H, Belén C, Santacruz M, Humberto J. Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario Whoqol- Old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de Quito. 2016 [citado 28 de agosto de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/12575>
16. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31(4):492-502.
17. Hernández-Navor JC, Guadarrama-Guadarrama R, Castillo-Arellano SS, Hernández GA, Márquez-Mendoza O. Validación del whoqol-old en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2015;7(3):397-405.
18. Ezequiel B. Dossier Evaluación psicológica. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2013;5(2):1-11.
19. Medeiros M, Rejane M.P , Alchieri J. Administración del test WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en centros de larga estancia. Trabajo extraído de la tesis de maestría titulada 'Qualidade de vida na perspectiva de idosos institucionalizados no município de Natal, RN, 2007', presentada al programa de posgrado en Enfermería de la UFRN. [Internet].

2011. [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0304/304_0177_0185.pdf

20. Montanet A, Bravo C, Hernández E. La calidad de vida en los adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2009 Mar [citado 2018 Oct 10]; 13(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es.
21. Arreaga J. Cuidados al adulto mayor residente en el centro geriatrico "hogar de nazaret" de la parroquia Paccha durante los meses de octubre a diciembre del año 2013. (trabajo de titulación). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud, Machala, Ecuador; 2015 [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/2890>
22. Abreu C, Viamontes A, Capote A, Betancourt M. Estado Nutricional en Adultos Mayores: casa de abuelos Amalia Simoni. AMC. 2009;13(4):1-8.
23. Torres H M, Quezada V M, Rioseco H R, V D, Elena M. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Rev Med Chile. 2008;136(3):325-33.
24. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev Med Chile. 2011;139(8):1006-14.
25. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. 2003;9(2):9-21.
26. Beatriz Botero. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores. [Internet]. 2018. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309126689002/>
27. Daza VCA, Paz-Bolivia L. Calidad de vida en la tercera edad. quality of life in the elderly. Ajayu. 2015;13(2):152-182
28. Flor Loto Significado de Calidad de vida [Internet]. 2018. [citado 23 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.significados.com/calidad-de-vida/>
29. Belén H, Humberto M. Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario whoqol- old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor de Quito. Diser tación previa a la

obtención del título de médico cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad De Medicina, Quito, 2016. [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12575/TESIS.%20PERCEPCI%C3%93N%20DE%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20MEDIANTE%20EL%20CUESTIONARIO%20WHOQOL-%20OLD%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20QUE%20.pdf?sequence=1>

30. Cómo enfrentan los adultos mayores a la muerte [Internet]. Su Médico; 2012 [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://sumedico.com/c-mo-enfrentan-los-ancianos-a-la-muerte/>
31. 11005partsocialmay.pdf [Internet]. 2017.[citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>
32. ¿Qué sabes sobre las redes de apoyo en la tercera edad? [Internet].201. [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://blog.miemma.com/2016/11/16/que-sabes-sobre-las-redes-de-apoyo-en-la-tercera-edad/>
33. Canals B. Servicio Nacional de adulto mayor. Participación de las personas mayores. Chile. Gobierno de Chile 2012: [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/bol2012_social_america.pdf
34. Daniel B. Religión, espiritualidad y vejez [Internet]. 2017 [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.qmayor.com/psicologia/religion-espiritualidad-y-vejez/>
35. Pilar Maguey Salud 180 Amor después de los 65 años [Internet]. Salud180. 2011 [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.salud180.com/adultos-mayores/amor-despues-de-los-65-anos>
36. ¿Qué es Adulto Mayor? - Su Definición, Concepto y Significado 2017 [Internet]. [citado 23 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>

37. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura Caller Iberico. 2004-2006. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Posgrado. Perú. 2007. [citado 25 de agosto de 2018]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1331/Vera_mm.pdf?sequence=1
38. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Promoción Salud. [Internet]. 2007 [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=309126689002>
39. Enfermedades crónicas comunes en personas mayores [Internet]. Ayuda Familiar. 2017 [citado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://ayudafamiliar.es/blog/enfermedades-comunes-personas-mayores-12-enfermedades-cronicas-ancianos>
40. IntraMed. Enfermedad tiroidea en anciano. [Internet]. 2018. [citado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=51713>
41. Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. [Internet]. 2018 [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle>
42. Índice de Katz. Wikilinks. [Internet]. Wikipedia; 2018 [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%8Dndice_de_Katz&oldid=107673387
43. Herrera C, Mora J. Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario whoqol- old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor de quito. Tesis de pregrado Pontificia universidad católica del ecuador. 2016. [citado 28 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/CUESTIONARIO%20WHOQOLOLD0EN20ADULTOSMAYORES20QUE>.
44. Astudillo R, Andrés M, Carrión V, Elizabeth Z. Calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas del cantón Nabón. 2017. [citado 25 de septiembre de 2018]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30386>

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 201... - 201....											
ACTIVIDADES	Meses										RESPONSABLE
	MA	JU	JULI	AGO	AG	AGOSTO	AGO	AGOSTO	SEPTIE	SEPT	
	YO	NI	O	STO	OS		STO		MBRE	IEMB	
				TO					RE		
Redacción del protocolo de trabajo de graduación y elaboración y/o selección del instrumento de recolección de datos.											
Presentación y aprobación del protocolo de											

ANEXO 2. RECURSOS NECESARIOS

Nº	Valor unitario		Valor total	
	Descripción	Cantidad	USD	USD
1	Copias e impresiones		200\$	
2	Permisos		10\$	
3	MATERIALES DE OFICINA		5\$	
<u>TOTAL</u>			215\$	

ANEXO 3: CUESTIONARIOS

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Etnia: Mestizo _____ Indígena _____

Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Separado. ___ Unión libre _____

Instrucción: Ninguna _____ Primaria completa ___ Primaria incompleta. _____

Secundaria completa _____ Secundaria incompleta. ___ Superior completa. _____

Vive con alguien: Solo/a ___ Con esposa/o ___ Familiares _____

Tienen alguna enfermedad: si ___ no ___ ¿Cuál? _____

Cuestionario de YESAVAGE

- 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida? SÍ ___ NO ___
- 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? SÍ ___ NO ___
- 3- ¿Siente que su vida está vacía? SÍ ___ NO ___
- 4- ¿Se siente a menudo aburrido? SÍ ___ NO ___
- 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? SÍ ___ NO ___
- 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? SÍ ___ NO ___
- 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SÍ ___ NO ___
- 8- ¿Se siente a menudo sin esperanza? SÍ ___ NO ___
- 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? SÍ ___ NO ___
- 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? SÍ ___ NO ___
- 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo? SÍ ___ NO ___
- 12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? SÍ ___ NO ___

- 13- ¿Piensa que su situación es desesperada? SÍ___ NO___
- 14- ¿Se siente lleno de energía? SÍ___ NO ___
- 15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? SÍ___ NO___

ANEXO 4: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5

12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	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

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5

25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	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?						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 5: CUESTIONARIO WHOLQ OLD

		Nada	Un Poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
1	¿En qué medida los impedimentos de su Sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, ¿Tacto) afectan su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Hasta qué punto la pérdida de, por ejemplo, Audición, visión, gusto, olfato o tacto afectan su capacidad de participar en actividades?	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
6	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7	¿Cuánto temes no poder controlar tu muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tan asustado estás de morir?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
9	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cómo experimentan o pudieron hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
10	¿Hasta qué punto afecta su capacidad de interactuar con los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5
11	¿En qué medida eres capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Hasta qué punto está satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando en la vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto sientes que has recibido el reconocimiento que mereces en la vida?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden que diga cuán satisfecho, feliz o bueno ha sentido sobre varios aspectos de su vida durante las últimas dos semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
--	--	------------------	--------------	-------------------------------	------------	----------------

15	¿Qué tan satisfecho estás con lo que has logrado en la vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho está con la forma en que usa su tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está usted con su Oportunidad de participar en actividades comunitarias?	1	2	3	4	5
		Muy infeliz	Infeliz	Ni infeliz ni feliz	Feliz	Muy feliz
19	¿Qué tan feliz estás con las cosas que puedes esperar?	1	2	3	4	5
		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni bueno	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a cualquier relación íntima que usted pueda tener. Por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero cercano u otra persona cercana con quien pueda compartir intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
21	¿Hasta qué punto siente un sentido de compañerismo en su vida?	1	2	3	4	5
22	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
23	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?	1	2	3	4	5
24	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?	1	2	3	4	5

ANEXO 6: ÍNDICE DE KATZ

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- La evaluación de calidad de vida constituye un pilar fundamental, para la creación e implementación de planes y proyectos en pro de una mejor calidad de vida, en este caso de los adultos mayores. Debido a que ellos han aportado de manera muy positiva a la sociedad con su trabajo, valores, forjando un futuro mejor para sus descendientes, por ello este proyecto denominado: **CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE CACHIPAMBA**, tiene como objetivo general: Determinar la calidad de vida desde una perspectiva de la salud de los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba-Guapán. Julio-octubre 2018 y como objetivos específicos los siguientes: 1. Identificar las variables socio-demográficas de la población de estudio. 2. Describir la calidad de vida de los adultos mayores mediante la aplicación de las escalas WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF (capacidades sensoriales, autonomía, actividades presentes pasadas y futuras, participación social, muerte-morir e intimidad; escala de depresión geriátrica de YASAVAGE, e índice de KANTZ para medir actividades de la vida diaria. El presente proyecto de investigación no presenta riesgo alguno para los participantes ni para terceros. Este estudio ayudará a tener un mejor entendimiento de la calidad de vida y características asociadas como depresión y estado funcional de la población estudiada. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Los resultados serán entregados en forma general, asegurando la confidencialidad de la información brindada por cada persona.

En caso de alguna duda, puede contactarse con los investigadores del trabajo de investigación: Andrés Martín González González 0969423505.

El encuestado:....., luego de conocer y entender el proyecto de investigación: Determinar la calidad de vida desde una perspectiva de la salud de los adultos mayores de la comunidad de Cachipamba-Guapán. Julio-octubre 2018, a cargo de Andrés Martín González González, procedo a autorizar a que mi persona sea incluida como sujeto de estudio en dicha investigación. Mi participación consistirá en: contestar con veracidad las preguntas de los diversos tests.

Libre y voluntariamente autorizo a que mis datos sean motivo de análisis y difusión. Queda claro que el presente proyecto no representa riesgos de afectación o daño a mi persona ni tampoco a terceros, por lo tanto, me abstengo ahora y en el futuro a solicitar indemnizaciones de clase alguna.

.....

EL PARTICIPANTE

Nº de cédula

ANEXO 8

INDICE DE PLAGIO

Calidad de vida del adulto mayor

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

< 1%

★ Submitted to Universidad Nacional San Agustín

Trabajo del estudiante

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1 words

Excluir bibliografía

Activo

CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio Nro. UCACUE-UASB-E-326- 2018-OF
Azogues, 03 de octubre de 2018

Asunto: Autorización

Señor
Raimundo Guamán
PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE CACHIPAMBA
De nuestra consideración:

Reciba un saludo cordial y afectuoso de quien suscribe; deseándole éxitos en sus funciones laborales que viene desempeñando en tan noble institución:


Que, pongo en su conocimiento que le alumno: **GONZALEZ GONZALEZ ANDRES MARTÍN**, se encuentra realizando el Trabajo de Titulación con el tema: "**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE CACHIPAMBA**", mismo que se encuentra bajo la tutoría de la Lic. Lillian Romero Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, por lo que es necesario que se realicen encuestas dirigido a todos los adultos mayores. En tal virtud acudo a su Autoridad para solicitar de la manera más comedida se sirva conceder la autorización respectiva para que el estudiante pueda realizar dichas encuestas y de esta manera obtenga el resultado acorde a la verdad.

Por la favorable acogida que se sirva dar a la presente anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente

Lic. María Estrella González, Mgs
DIRECTORA DE CARRERA



Elaborado por	Abg. Valeria Vázquez Villavicencio	
Revisado por	Lic. María Estrella González, Mgs	