



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**FUNCIONALIDAD Y AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES. CONSULTORIO NO. 3. COMUNIDAD SANTIAGO
DE GUAYAQUIL. AÑO 2018.**

AUTORA:

MOROCHO ROSERO, KARLA CECILIA

TRABAJO DE TITULACION

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TUTORA:

GINORIO SUAREZ, NIURKA

GUAYAQUIL-ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por la *Dra. Karla Cecilia Morocho Rosero*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en:

Medicina familiar y comunitaria.

Guayaquil, a los 17 días del mes de Diciembre del año 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:

Ginorio Suarez, Niurka

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Landívar Varas, Xavier



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD:

YO, Karla Cecilia Morocho Rosero

DECLARO QUE:

El Trabajo de Investigación "*Funcionalidad y autopercepción de calidad de vida en adultos mayores. Consultorio no. 3. Comunidad Santiago de Guayaquil. Año 2018*", previo a la obtención del título de especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado

Guayaquil, a los 17 días del mes de Diciembre del año 2018.

EL AUTOR:

Morocho Rosero, Karla Cecilia



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACION:

YO, Karla Cecilia Morocho Rosero

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Funcionalidad y autopercepción de calidad de vida en adultos mayores. Consultorio no. 3. Comunidad Santiago de Guayaquil. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría

Guayaquil, a los 17 días del mes de Diciembre del año 2018.

EL AUTOR:

Morocho Rosero, Karla Cecilia



Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis 12 dic 2018 urkud Karla.docx (D45583258)
Submitted: 12/12/2018 8:10:00 AM
Submitted By: K_chorra_2099@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004

Instances where selected sources appear:

2

1. DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, quien es la fuerza que no nos deja desmayar en el camino hacia nuestros sueños; también lo dedico a mi familia, por acompañarme en cada paso, por no dejarme desistir

A mi esposo, por ser ese complemento perfecto, la ayuda idónea en este sendero; por soportar a mi lado las malas noches, las adversidades, por ayudarme a levantar y no dejarme sola ni un instante.

Por todo esto, por acompañarme en los momentos amargos y estar allí para secar mis lágrimas y poner en mi rostro de nuevo una sonrisa, es que merecen compartir mis triunfos, mis alegrías, mis sueños hechos realidad; por esto, este logro no es solo mío sino de todos ellos, y hoy se los dedico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: "FUNCIONALIDAD Y AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES: CONSULTORIO NO. 3. COMUNIDAD SANTIAGO DE GUAYAQUIL. AÑO 2018"

ALUMNO: KARLA CECILIA MOROCHO ROSERO

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				

NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Observaciones:

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

2. RESUMEN

Antecedentes: El fenómeno mundial de la transición demográfica ha incrementado el número de personas de la tercera edad. La disminución de las capacidades funcionales con la edad eleva el riesgo de pérdida de autonomía; por ello hablar de supervivencia y aumento en la expectativa de vida no es suficiente, es indispensable valorar la calidad con que se vivirán esos años. **Materiales y Métodos:** Investigación relacional, observacional, transversal, prospectiva y analítica cuyo procesamiento fue recolectar información mediante una encuesta biosociodemográfica y la aplicación de 4 escalas correspondientes a funcionalidad y autopercepción de calidad de vida. **Resultados:** La población mayoritariamente es comprendida por mujeres, entre los 65 y 74 años, mestizos, casados con educación primaria y pasivos laboralmente; no tienen hábitos tóxicos, no viven solos, no practican actividades de esparcimiento y presentan alguna enfermedad crónica. El 80,6% presenta alguna incapacidad leve o ausencia de ella, el 35,9% son independientes y el 41,2% presenta riesgo alto a tener caídas. El 58,2% de la población tiene una autopercepción de la calidad de vida media. Se muestra una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre autopercepción de la calidad de vida y las diferentes escalas de funcionalidad evaluadas, además de con el grado de escolaridad, ocupación y tener actividades de esparcimiento.

Palabras Clave: ADULTO MAYOR, CALIDAD DE VIDA, ESCALAS DE AJUSTE DE KATZ, DEPENDENCIA FISICA, MARCHA, EQUILIBRIO POSTURAL, AUTONOMIA, INCAPACIDAD FUNCIONAL

3. ABSTRACT

Background: The global phenomenon of demographic transition has increased the number of senior citizens. The decrease in functional capacities with age increases the risk of loss of autonomy. Therefore, talking about survival and increase in life expectancy is not enough, and it is essential to assess the quality with which those years will be lived. **Materials and Methods:** Correlational, observational, transversal, prospective, and analytical research whose processing was to collect information through a biosocial demographic survey and the application of four scales corresponding to functionality and self perception of quality of life. **Results:** The population is mostly comprised of women between sixty-five and seventy-four years old, of mixed race, who are married, and have primary education and labor liabilities. They do not have toxic habits, live alone, or practice recreational activities, and some have chronic disease. 80.6% of the population have some mild disability or lack of it, 35.9% are independent, and 41.2% are at high risk of falling. 58.2% of the population has a self-perception of the average quality of life. This shows a statistical association ($p < 0.05$) between self-perception of quality of life and the different scales of functionality evaluated, in addition to the degree of education, occupation, and leisure activities.

Keywords: ELDERLY, QUALITY OF LIFE, KATZ ADJUSTMENT SCALES, PHYSICAL DEPENDENCE, MARCH, POSTURAL BALANCE, AUTONOMY, FUNCTIONAL DISABILITY.

4. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. DEDICATORIA.....	VI
2. RESUMEN.....	IX
3. ABSTRACT	X
4. ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	XI
5. INDICE DE TABLAS	XII
6. ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
7. INTRODUCCIÓN	2
8. EL PROBLEMA.....	8
8.1 Identificación, Valoración y Planteamiento	8
8.2 Formulación	9
9. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	10
9.1 General	10
9.2 Específicos	10
10. MARCO TEÓRICO.....	11
10.1 Marco Contextual.....	11
10.2 Marco Conceptual.....	13
10.2.1 Envejecimiento	15
10.2.2 Envejecimiento y calidad de vida	16
10.2.3 Evaluación funcional del adulto mayor	18
10.2.4 Síndromes geriátricos	24
10.2.5 Calidad de vida	27
10.3 Marco Legal	36
11. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	41
12. MÉTODOS.....	42
12.1 Justificación de la elección del método	42
12.2 Diseño de la investigación.....	42
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	42
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información	43
12.2.3 Técnicas de recolección de información.....	44
12.2.4 Técnicas de análisis estadístico	45
12.2.5 Operacionalización de variables	45
13. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSION	47
14. CONCLUSIONES	58
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

5. INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Caracterización de los adultos mayores según variables demográficas. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	47
Tabla 2: <i>Caracterización de</i> los adultos mayores según variables biosociales. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	50
Tabla 3: Funcionalidad de los adultos mayores según grupos de edad. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	51
Tabla 4: Autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores según grupos de edad. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	52
Tabla 5: Asociación entre autopercepción de la calidad de vida y funcionalidad en los adultos mayores. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	53
Tabla 6: Asociación entre autopercepción de la calidad de vida con escolaridad y ocupación. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	54
Tabla 7: Asociación entre autopercepción de la calidad de vida con la presencia de hábitos tóxicos y vive solo. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	55
Tabla 8: Asociación entre autopercepción de la calidad de vida con actividades de esparcimiento y presencia de enfermedades crónicas. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	56

6. ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Encuesta biosociodemográfica	66
Anexo 2: Escala de Katz	67
Anexo 3: Escala de Lawton Brody.....	69
Anexo 4: Escala de Tinetti	70
Anexo 5: Escala de WHOQOL BREF.....	72
Anexo 6: Consentimiento informado.....	75

7. INTRODUCCIÓN

El fenómeno mundial de la transición demográfica (TD) provocado por el aumento de la esperanza de vida, el incremento progresivo de personas de la tercera edad y la disminución de la fuerza productiva por el descenso de los nacimientos, ha determinado que aparezca en las últimas décadas un nuevo problema para la salud pública a nivel mundial referente a los servicios de un número cada vez mayor de personas mayores. (1).

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 existían aproximadamente 600 millones de adultos mayores, y para el 2025 se alcanzaría el doble de esta población. (2).

El fenómeno de transición demográfica le tomó a los países europeos entre 100 y 150 años, sin embargo, los países de América Latina y el Caribe (ALC) lo lograron en mucho menos tiempo. Esto se debe a que para los países europeos este proceso estuvo ligado a transformaciones económicas referentes al proceso de industrialización, adelantos en la medicina y cambios en las condiciones de vida de la población; por el contrario, los países de ALC pudieron importar la “modernización” que ya estaba disponible a un costo mucho menor y en menor tiempo, y de esta forma lograr el control de la mortalidad y la natalidad en su población. (3).

La velocidad con la que el proceso de TD está sucediendo en los países en desarrollo es alta y la mayoría de ellos no tienen las competencias necesarias para enfrentar los desafíos sociales y de salud que esto implica. Estas transformaciones demográficas a nivel mundial van de la mano con un cambio rotundo a nivel epidemiológico (Transición epidemiológica), la cual se basa en el cambio en la morbilidad de las enfermedades infectocontagiosas a las crónicas o degenerativas, las cuales son más comunes en un grupo de edad más avanzado, aunado a esto, las mismas disminuyen la percepción de su salud en quienes la padecen y, con ello de su calidad de vida. (4).

La población de personas de 60 años y más en América Latina aumentará desde un 8% en el año 2000, a 14.1% en 2025 y a 22.6% en 2050. (5).

El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en el 2008 clasifica a los países de ALC en cuatro etapas de transición demográfica, de acuerdo a la esperanza de vida y a las tasas de fecundidad observadas en el periodo 2005-2010: muy avanzada, avanzada, plena y moderada. (3). De los países de América Latina, solo Cuba se encuentra en muy avanzada transición demográfica. En el grupo de transición demográfica avanzada se encuentran Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Costa Rica. Ecuador, Colombia, Venezuela, Panamá y Perú son un claro ejemplo países en plena transición demográfica. Actualmente ningún país en la etapa incipiente de transición demográfica. (6).

Si bien es cierto que los estudios sobre calidad de vida en la vejez, han avanzado en su medición como en el análisis de sus implicaciones, cabe decir que en el análisis de los entornos para la población adulta mayor (PAM) es un aspecto poco analizado en los países latinoamericanos, ya que la escasa información sobre el tema se asocia con las características de la vivienda en donde habita esta población y en otros casos se analiza el contexto en términos de sus redes de apoyo familiares y no familiares como elementos que influyen en su bienestar. El estudio de los entornos y su importancia en la vejez ha tenido mayor auge en países europeos, entre ellos España, en donde diversas investigaciones analizan la importancia del entorno físico y social de la población adulta mayor y cómo incide ello en su percepción y calidad de vida. (7).

A pesar de que la proporción de personas mayores en América Latina aún no alcanza los niveles de los países más envejecidos del mundo, su crecimiento está ocurriendo muy rápidamente y en contextos socioeconómicos adversos para una proporción importante de población. En España tomó unos 50 años pasar de una proporción de personas de 65 años y más del 5% (en 1900) al 7% (en 1950); en Argentina este

proceso se produjo en tan solo 14 años (con un 5% en 1957 y un 7% en 1971). Dado el contexto de rápido envejecimiento poblacional que están transitando los países de América Latina parece inevitable avizorar un crecimiento en la carga de la dependencia propia de las sociedades en las que la proporción de personas mayores es más elevada. En la actualidad, algunos países latinoamericanos, entre ellos Chile, Costa Rica, Ecuador y Uruguay, cuentan con políticas de cuidado enfocadas principalmente a ciertos segmentos de la población: los niños y sus madres, los adultos mayores y las personas con discapacidad. En la mayoría de los casos (excepto en Uruguay), la atención a la población adulta mayor refiere al otorgamiento de recursos monetarios o bien a la prestación de servicios en hogares de ancianos, albergues y centros diurnos. Si bien estas políticas han permitido el reconocimiento y el apoyo del trabajo del cuidado (principalmente de las mujeres) siguen siendo limitadas en la atención a personas mayores dependientes. Por lo tanto, es posible afirmar que los sistemas sociales y de salud de los países de América Latina están escasamente preparados para enfrentar los problemas de dependencia de adultos mayores. (8).

En América Latina el peso relativo de la población de 60 y más años es más acusado en las áreas rurales, vinculado a la fuerte emigración. También, se constata la existencia de una mayor vulnerabilidad de los adultos mayores en las zonas rurales que en las zonas urbanas, que afecta sobre todo a mujeres y personas de 75 y más años, debido a sus bajos niveles educativos (analfabetismo), bajos ingresos (pobreza), aislamiento, precariedad de la vivienda, problemas de acceso a los servicios sociales y de salud, limitación en transportes públicos, así como la ausencia de políticas públicas enfocadas a este colectivo. Esta circunstancia se ve agravada por la mayor prevalencia de problemas de salud (diabetes mellitus, hipertensión arterial) y la existencia de altas tasas de dependencia vinculadas al mayor coste para acceder a los escasos e inaccesibles servicios de salud. (9).

En el caso latinoamericano, en un esfuerzo por unificar una serie de indicadores que permitan dar cuenta de la calidad de vida en la vejez en la región, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha desarrollado un manual de

indicadores para tal efecto (CEPAL, 2006). Dentro de estos indicadores se ha considerado la participación social en la vejez, tanto en asociaciones civiles como en actividades de voluntariado, como un elemento que influye en la calidad de vida de las personas mayores. (7).

En el Ecuador este crecimiento se ha mostrado con los últimos censos, en los que se evidencian cambios en las pirámides poblacionales. En el 2001, los adultos mayores representaban el 7.27%, mientras en el 2010 es el 9%. (10).

Uno de los principales desafíos que enfrentan las sociedades con poblaciones más envejecidas es la atención a las personas en situación de dependencia. La disminución de las capacidades funcionales a medida que la edad avanza eleva sustancialmente el riesgo de pérdida de autonomía para la realización de las actividades cotidianas y con ello la necesidad de ayuda de otras personas para desarrollar muchas de las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria. (8).

El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida en salud y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, el término activo hace referencia a la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. (11).

Al igual que Latinoamérica y el resto del mundo, la población de estudio no es la excepción; ya que presenta una pirámide estacionaria o estancada, la cual se considera como el paso intermedio entre la pirámide progresiva y la regresiva; con un índice de envejecimiento del 41.21%, lo que se traduce en una población muy envejecida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como el indicador más representativo para este grupo de edad, el estado de independencia funcional. Este criterio, sugiere una evaluación de la salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional. (12).

Con relación a la calidad de vida de los adultos mayores, hablar de supervivencia y aumento en la expectativa de vida no es suficiente, por eso, es indispensable valorar la calidad con que se vivirán esos años, y en consecuencia con esto, se sabe que "la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida". (13).

El aumento en la expectativa de vida de las personas, trae como consecuencia que los adultos mayores tengan que enfrentarse a múltiples desafíos propios de su etapa evolutiva, y que en algunas ocasiones los llevan a vivir experiencias de pérdida y amenaza a su bienestar personal, deteriorando de manera notable su calidad de vida. (13).

En el 2007 el Ministerio de Salud Pública promulgó las Políticas de Salud al incorporar al modelo como una de ellas, centrado en la familia, la comunidad con enfoque intercultural, de género, intergeneracional y territorial basado en los principios de la Atención Primaria de Salud, que permitió hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución vigente. El modelo, al promover, conservar, recuperar la salud de la población ecuatoriana, toma en cuenta a las personas adultas mayores, como sujetos de derechos (dadas las condiciones limitadas de accesibilidad física, económica, cultural y social a los servicios de salud y sociales). Con la aplicación del modelo se pretende que la asistencia sea continua, progresiva y equitativa a las personas adultas mayores independientes y autónomas, así como en episodios agudos, el seguimiento en la rehabilitación para prevenir complicaciones que le pueden llevar a la dependencia. (14).

El Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria, garante del cumplimiento de los derechos de salud de la población ecuatoriana elaboro las "GUÍAS GERONTOGERIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA", con el fin de fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud y poder responder más eficientemente a los problemas de salud prevalentes de las personas adultas mayores y, consecuentemente, prevenir

las discapacidades, con el apoyo de un sistema de salud adecuadamente preparado, en especial el talento humano, que es el eje central para lograr cumplir el deber ser y la razón de ser de la institución. (15).

8. EL PROBLEMA

8.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros. (1). La población adulta mayor es cada vez más numerosa y el cuidado de su salud está constituyendo un problema de salud pública y de seguridad social. (16).

El envejecimiento poblacional implicara graves consecuencias para la salud y para los sistemas de salud; siendo lo más importante para las personas adultas mayores mantener su capacidad funcional, ya que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. (1).

El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su estado funcional. (17).

Los sistemas de salud no están bien adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada; en muchas partes del mundo, al igual que en Latinoamérica, es peligroso y poco práctico que una persona mayor salga de su hogar; los cuidadores suelen no estar capacitados, y al menos una de cada diez personas mayores es víctima de alguna forma de maltrato (18); y la comunidad Santiago de Guayaquil no es la excepción.

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países: hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de estas. Con tal fin, se ha desarrollado en las últimas décadas el término calidad de vida. (19). Conocer la funcionalidad de los adultos mayores, con cada una de las escalas de medición y relacionarlas con la calidad de vida, debe ser el precedente de cualquier plan de acción o política a seguir. (16). Además, servirá como preámbulo para el

desarrollo de distintas formas de intervención que fomenten una mejor auto percepción de la calidad de vida en los adultos mayores, independientemente de su funcionalidad.

8.2 Formulación

¿Existe relación entre la funcionalidad del adulto mayor, su auto percepción de la calidad de vida y variables biosociodemográficas?

9. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

9.1 General

Asociar la funcionalidad del adulto mayor con la autopercepción de su calidad de vida en la población del consultorio No. 3 del centro de salud Santiago de Guayaquil en el año 2018.

9.2 Específicos

Caracterizar a los adultos mayores según variables biosociodemográficas.

Determinar el grado de funcionalidad de los adultos mayores.

Identificar la autopercepción de calidad de vida de los adultos mayores.

Determinar la posible asociación entre la calidad de vida en adultos mayores con el grado de funcionalidad y las actividades de esparcimiento, la ocupación, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas asociadas.

10. MARCO TEÓRICO

10.1 Marco Contextual

El estudio se realizó en el año 2018 con una población conformada por las personas adultas mayores pertenecientes al Centro de Salud Santiago de Guayaquil de la parroquia Febres Cordero; las cuales en general, forman parte de familias medianas, nucleares y trigeracionales.

Esta población presenta un índice de analfabetismo y pobreza elevados; pues un 80% de la población no ha completado ningún nivel de educación, y el resto solo ha cursado la primaria.

En cuanto a su economía, se puede mencionar que la población general presenta un nivel socioeconómico bajo. La mayoría son desempleados, otros tienen trabajos esporádicos, y muy pocos cuentan con trabajos con sueldo fijo.

Si hacemos referencia a la población de estudio, es aún mayor la población que no tiene algún tipo de trabajo por diversas causas.

La discapacidad física, el entecimiento de su capacidad de responder ante ciertas situaciones, presencia de enfermedades crónicas y discriminación por su edad son algunas de las causas por las que esta población no es económicamente activa.

El alcoholismo y la drogadicción son otro grave problema en esta comunidad, el cual es cada vez mayor y no presenta el mínimo respeto para el resto de la población ni para las autoridades; mismas que no hacen rondas ni vigilancia por el sector, a pesar de contar con un UPC cercano. Esto, sumado a la localización de esta población se traduce en un nivel de delincuencia elevado, y por ende un aumento de la inseguridad para deambular por los alrededores de la zona.

Los servicios básicos en su mayoría son óptimos, sin embargo, se puede observar mal manejo de los desechos sólidos y contaminación.

La falta de cultura de la población que los lleva a tirar basura a horas y días en los que no pasa el recolector, da paso a la formación de microvertederos, los cuales están expuestos a la manipulación de animales vectores de enfermedades como: roedores, cucarachas, moscas, etc. Esto constituye un gran problema de salud.

Además de la contaminación causante por este hecho, la fermentación de alimentos y los malos olores constituyen un modo de contaminación ambiental

Si bien en el país se habla de ambientes adecuados y seguros, sobretodo para las personas con discapacidad y adultos mayores; este es un claro ejemplo de todas las dificultades que presenta este sector para lograr proporcionar a los adultos mayores seguridad.

Otro problema que presenta la población es la migración. Debido a las dificultades económicas por las que atraviesa el país, una población importante ha tenido que migrar para poder satisfacer las necesidades de su hogar; esto deja familias incompletas, hijos al cuidado de terceros como abuelos o tíos; mismos que no siempre los educan de una manera adecuada.

Si enfocamos este problema en el contexto de nuestra población de estudio, podríamos ver adultos mayores en completo abandono, con nietos adolescentes que poco les preocupa su bienestar o su salud sino su propia suerte; familias que llevan a estas personas mayores a asilos de ancianos y se olvidan de ellos; o peor aún, pasan a ser nómadas entre las casas de los hijos que un día criaron y que ahora no tienen espacio ni tiempo para darle a sus padres un poco del amor y cuidado que un día recibieron.

La asistencia sanitaria es otra dificultad para la población. Es verdad que existen políticas en el país que hacen énfasis en la atención prioritaria de los adultos mayores, al igual que en el Modelo de Atención Integral de Salud se habla de una medicina

basada en la priorización de problemas, realización de fichas familiares, visitas domiciliarias, entre otros; se podría decir que existe si quiera más del 50 % de incumplimiento de estas políticas.

Los Equipos de salud se conforman pero aun no hacen conciencia de la importancia de salir a conocer la población para que la atención pueda llegar a todos ellos; y si llegan a realizar las respectivas fichas familiares, no realizan el seguimiento debido.

Es así que varias personas adultas mayores con discapacidad o con enfermedades crónicas, no reciben atención, mucho menos sus medicamentos para controlar sus patologías. Esto realza la importancia de la formación de Médicos Familiares en el país.

10.2 Marco Conceptual

En el año 2015 había alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representa el 12% de la población global. En el 2030 esta cifra se habrá duplicado a 1400 millones, lo que representa el 16.5% y en el 2050 ascenderá a 2100 millones; es decir 21.5% de la población global. (20)

De acuerdo con la tipología de la transición demográfica (CEPAL/CELADE, 1993; Chackiel, 2004) Ecuador se ubica en el grupo de los países de transición plena, lo que significa que se han reducido en forma importante el nivel de la fecundidad y el ritmo de crecimiento de la población, y se han producido cambios en el peso relativo de los diferentes grupos de edades, lo que a su vez está muy ligado a los cambios en la oferta de recursos humanos y en la demanda de bienes y servicios. (6)

La evolución de las variables demográficas muestra que el proceso de transición demográfica que ha caracterizado al Ecuador ha resultado en un envejecimiento de su población, fenómeno que se acelerará aún más en las próximas décadas. Si bien este fenómeno no es tan acentuado como se observa en otros países de transición más

avanzada, es probable que continúe profundizándose en ese sentido, dando lugar a un fortalecimiento de las demandas de los adultos mayores que, de no verse satisfechas, conducirán a una situación de deterioro en sus condiciones de vida y a mayores tensiones sociales. (6)

Un aspecto sobresaliente del proceso de cambio de la población es la feminización del envejecimiento, provocada por la mayor sobrevivencia de las mujeres. La esperanza de vida femenina es superior a la masculina en todas las edades e incluso entre las personas de 65 años y más la diferencia a favor de las mujeres va aumentando con el tiempo, lo que resulta en un mayor número de ellas en estas edades. (6)

En países como Bolivia, Guatemala, Chile, Brasil y México la relación de feminidad tiende a ser superior a cien ya que, por diferentes razones, las mujeres viven más tiempo que los hombres y estos índices aumentan considerablemente en las áreas urbanas. (21)

En el Ecuador según la encuesta se salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en el año 2010, el índice de feminidad de adultos mayores de 65 a 74 años fue de 118.3 mujeres por cada 100 hombres y de 112.3 en adultos mayores de 75 años o más. (22)

Al momento, no se cuenta en el país con indicadores cuantitativos sobre la participación de las personas adultas mayores en diversas áreas y temáticas. Sin embargo, la encuesta SABE I, revela que en el país existe una incipiente y aislada participación de personas adultas mayores mediante organizaciones, asociaciones o gremios. El reconocimiento de estas organizaciones mediante personería jurídica se circunscribe por lo general a jubilados del seguro social pero que no logran aglutinar a las diferentes agremiaciones existentes a nivel nacional. (23)

Las enfermedades crónico-degenerativas son las que ocupan los primeros lugares en los padecimientos de los adultos mayores, tanto entre las enfermedades como entre las causas de muerte, y están claramente asociadas a los procesos de envejecimiento, mientras que las causas externas de mortalidad ya no aparecen entre los primeros

puestos. Con base en la información proporcionada por la encuesta ENDEMAIN 2004 sobre la salud de los adultos mayores se ha podido detectar que, según la declaración de los encuestados, en los 30 días previos a la encuesta tuvo problemas de salud una proporción importante de las personas mayores incluidas en la muestra. Como es de prever, los de edades más avanzadas manifestaron tener una proporción mayor de problemas que la población total del grupo etario, y en el caso de las personas que dijeron haber tenido más de un problema de salud la proporción se triplicó, con mayor peso entre los más viejos (75 años y más). (6)

La prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores en el Ecuador es de 46 para hipertensión arterial, 13.3 para diabetes y 2.7 para cáncer. (22)

La OMS mide el estado de salud en los adultos mayores no solamente en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional, esto es, la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social; así, habla de adultos mayores funcionalmente sanos o capaces de valerse por sí mismos, y de adultos funcionalmente alterados o con dificultades para las actividades de la vida diaria (24)

10.2.1 Envejecimiento

Según las guías geronto geriátricas de atención primaria del adulto mayor en Ecuador, el envejecimiento “es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente”. (15)

En el PLANPAM 2013-2017 se refiere al envejecimiento saludable como: La mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores y que se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios sociosanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad (25)

La OMS considera al envejecimiento activo como: El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad (25)

10.2.2 Envejecimiento y calidad de vida

La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: El valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias. Existe, por tanto, consenso en que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros (25)

Los factores socio-demográficos tales como edad, género, estado civil, entre otros y, la situación laboral, el padecer o no alguna enfermedad, tienen efecto en la auto-satisfacción de la calidad de vida, confirmando que el grado de satisfacción con la vida está determinado por las características individuales de cada persona como edad, género, estado marital, grado de satisfacción con su salud y, por las características específicas ambientales que se viven en cada país, de modo que la satisfacción con la vida es un indicador de bienestar que incluye la salud percibida y que conlleva un sentimiento de salud física y mental, asociado con una mayor longevidad (26)

La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables. De hecho, incluso a edad muy avanzada, la actividad física y la buena

nutrición pueden tener grandes beneficios para la salud y el bienestar. Los hábitos poco saludables siguen siendo frecuentes entre los adultos mayores

La promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida, es importante debido a que ofrece lineamientos para el logro de un envejecimiento exitoso, con la menor cantidad de enfermedades posibles o adecuadamente controladas y manteniendo autonomía (25)

El aumento en la expectativa de vida de las personas, viene acompañada de múltiples desafíos. Esto se debe a la existencia de una cultura en torno a este grupo etario dentro de la sociedad, que se caracteriza por delimitar su funcionalidad a través de imaginarios sociales, los cuales están impregnados de prejuicios y estereotipos que se toman como marcos de referencia que delimitan la forma de definir y actuar de los adultos mayores dentro de los contextos en los que se desarrollan, configurando una visión errónea acerca de este colectivo, que se puede advertir en un temor infundado hacia el envejecimiento (25)

El envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados (25)

En el transcurso de las dos últimas décadas, se observa en el Ecuador una constante disminución en la población menor de 5 años. Por otro lado, la población de 40 años y más se ha incrementado debido a que son generaciones sobrevivientes con altos índices de natalidad. Esto nos da indicios de que la población del Ecuador está iniciando un proceso de envejecimiento. Los datos del censo del 2010 ponen en evidencia que en el país la fecundidad continúa su curso descendente. Entre 2001 y 2010, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) se redujo de 2,8 a 2,4 hijos por mujer. Al año 2010 la población nacional, situado en sectores amanzanados, de acuerdo a grupos etarios se estructuró mayoritariamente de población adulta (de 30 a 64 años de edad) que representó alrededor del 37%, con 3'941.764 personas. Por el contrario, la población adulta mayor representó el 6,1% con 654.145 personas. Si bien la estructura

por edades de la población evidencia un envejecimiento progresivo, el perfil etario sigue caracterizándose por su juventud (27)

Las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay constituyen el 55,4% de la población adulta mayor nacional. (28)

El Ecuador es un país que atraviesa una fase de transición demográfica ya que se estima que para el 2050 el 18% de la población del país sean adultos mayores. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época. Esta situación impone unos grandes retos para las ciudades ya que paralelamente el país continuará la tendencia de ser un país más mayoritariamente urbano y por ende las ciudades continuarán concentrando una mayor cantidad de adultos mayores que las zonas rurales (27)

Es reconocido que uno de los factores que mayormente influyen sobre la calidad de vida del adulto mayor es el tema del aislamiento y abandono, o dicho de otra forma la desconexión con las redes de apoyo social. (30)

El bienestar en los ancianos depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, exigen la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales, factores que tienen una indisoluble interrelación en la producción del proceso patológico. (31)

10.2.3 Evaluación funcional del adulto mayor

Al momento de realizar una evaluación integral del adulto mayor, una de las cosas más importantes es su evaluación funcional con la aplicación de distintas escalas creadas para este fin.

La evaluación funcional, permite conocer el grado de independencia y autonomía de los ancianos. Se entiende por competencia funcional, la capacidad del individuo para llevar a cabo por sí mismo una actividad o proceso. En este dominio son estudiadas las

actividades de la vida diaria (AVD), consideradas por la OMS como el indicador más importante para medir funcionalidad en los AM. Estas incluyen: (31)

1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Aquellas imprescindibles para sobrevivir y proporcionan un indicio de autonomía, solamente superadas por las funciones vegetativas. Incluye la capacidad para alimentarse, movilidad, continencia esfinteriana, higiene personal y el uso del retrete. La pérdida de dos de ellas reduce en la mitad la expectativa de vida con respecto a una persona de la misma edad que las conserve. Se realizan de forma independiente cuando existe integridad física y mental para ejecutarlas, no realizándolas los que carecen de esas capacidades, los que nunca la adquirieron por condiciones físicas o mentales y los que la perdieron por lesiones, enfermedad o fragilidad. La alteración de estas funciones se produce de forma ordenada e inversa a la adquisición de las mismas en la infancia. La información derivada de estas actividades permiten desarrollar líneas predictivas funcionales relacionadas con enfermedades específicas y sus tratamientos, para describir estadios y severidad de patologías para planificar decisiones de ubicación y para establecer políticas sociales. (31)

Las escalas más utilizadas para evaluarla son el índice de actividades de la vida diaria (índice KATZ) surgido en 1959 con el objetivo de delimitar y definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera. Es la más empleada, mide dependencia de otros y permite categorizar en niveles de dependencia. El índice de Barthel, diseñado en 1965 para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos, incluye diez áreas y ha sido ampliamente utilizado en unidades de rehabilitación y atención primaria; a diferencia del KATZ, el contenido fundamental descansa en tareas dependientes de extremidades inferiores, lo que parece acercarse más al proceso de la discapacidad, al incluir la movilidad (31).

Las actividades básicas constituyen el nivel más bajo de funcionamiento y son consideradas como aquellas imprescindibles para sobrevivir. Por debajo de ellas, tan solo quedan las funciones vegetativas (respiración, mantenimiento de la Tensión

Arterial, excreción, etc). La información derivada de estas actividades básicas se ha utilizado para desarrollar líneas predictivas acerca de resultados funcionales relacionados con enfermedades específicas y de sus tratamientos, para describir estadios y severidad de patologías, para planificar decisiones de ubicación, para determinar la elegibilidad de cuidados prolongados y, a otros niveles, para establecer nuevas políticas sociales. (32)

El índice de Barthel publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriátría para evaluar las ABVD en el anciano. Es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Su aplicación es fundamental en: unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia (UME). Evalúa 10 actividades, dando más importancia que el índice de Katz a las puntuaciones de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. (6)

Escala de incapacidad física de Cruz Roja (CRF) Creada por el equipo del Servicio de Geriátría de Cruz Roja de Madrid en 1972, permite obtener una impresión rápida y cuantificada del grado de incapacidad. Como inconvenientes presenta: valorar en conjunto todas las AVD y aportar datos aislados sobre incontinencia. (6)

Escala de Plutchik diseñada por Plutchik y colaboradores del Hospital Bronx de Nueva York en 1970, para distinguir pacientes poco dependientes de los independientes en un medio hospitalario para enfermos mentales. (6)

El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. (33)

Es importante señalar el concepto de independencia de este índice. Se considera (I) independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad, y (D) dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes de la actividad. (33)

El índice de Katz asigna la puntuación de 1 punto a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 0 punto si necesita ayuda 0 si es totalmente dependiente (D).

Se puede valorar como incapacidad leve o ausencia de ella si se obtiene un puntaje de 0 a 1; incapacidad moderada si tiene un puntaje de 2 a 3 o incapacidad severa si el puntaje es de 4 a 6.

En los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante. (33)

2. Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD): valoran niveles de funcionamiento más elevados y complejos. Son más útiles para detectar los primeros grados de deterioro de una persona. Mide la capacidad para realizar tareas domésticas como preparar el alimento, uso del teléfono, ir de compras, manejar dinero, utilizar medios de transporte, manejo de medicamentos, es decir, actividades necesarias para la adaptación al entorno y llevar una vida independiente. Son el resultado de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales, donde son incluidas las habilidades de comunicación, perceptivo motrices y de procesamiento o elaboración. La escala del índice de Lawton y Brody es el instrumento más utilizado. (31)

La escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultos mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades. Así como el índice de Katz ABVD, el enfoque de la escala de Lawton es sobre el grado de independencia que el paciente tiene, según su nivel funcional. Esta escala es capaz de detectar deterioro funcional más tempranamente que el índice de Katz ABVD. (33)

El instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional de las personas para el desempeño de las actividades más complejas de la vida diaria se ha demostrado de manera constante. La validez y la confiabilidad de una escala es relativa a los propósitos para la cual se emplea la misma. El concepto de confiabilidad se refiere a la consistencia en los resultados de la escala, cada vez que ésta se aplica por diferentes personas. El concepto de validez se refiere a la utilidad de la escala para medir lo que se intenta con ella. El principal inconveniente de la escala de AIVD radica en su énfasis en tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas por las mujeres urbanas, siendo esto un obstáculo cuando se aplica a los adultos mayores hombres o a los adultos mayores en áreas rurales, donde las actividades instrumentales de sobrevivencia tienen variaciones importantes. (33)

La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 puntos (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos; cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala, pero debe estar motivado y entrenado. La escala de Lawton y Brody es uno de los instrumentos de medición de AVDI más utilizado por los terapeutas ocupacionales.

3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): Exigen un amplio rango de funcionamiento. Son quizás las más interesantes por cuanto su abandono puede suponer el inicio del declive funcional, tienen el inconveniente que están muy influidas por cuestiones culturales, hábitos de vida y niveles económicos. Por ello, se hace difícil confeccionar cuestionarios que las recojan de una manera válida y fiable, en la práctica, raras veces se miden. Existen algunos intentos de su valoración, como la de Kuriansky. Se evalúa relaciones interpersonales, actividades de ocio y tiempo libre, actividades religiosas y espirituales, actividades de realización políticas, socialización, productivas, cuidado de otros, transporte y viajes, actividad física y deportes, recomendándose realizar medidas no sofisticadas de fuerza y de elasticidad, como el levantarse de una silla; la valoración del nivel de actividad física habitual se puede realizar mediante una pregunta directa acerca de qué actividades físicas ha realizado en la última semana o mediante escalas. Estas tienen la ventaja de no incluir tan solo el ejercicio físico, sino otras actividades recreacionales, laborales o domésticas que suponen en ocasiones la única y no despreciable fuente de actividad (sobre todo en los muy mayores o en los más frágiles) (31)

La escala de Tinetti ofrece una ventaja sobre las otras evaluaciones, ya que realiza una valoración tanto de la marcha como del equilibrio y estos dos aspectos brindan una información más completa para evaluar el riesgo de caída, determinar si hay alteraciones en la marcha y en el equilibrio que requieren intervención, y valorar la presencia de posibles trastornos neurológicos o musculoesqueléticos. La Escala de Tinetti corresponde a la línea de las Medidas Basadas en la Ejecución, fue realizada por la Dra. Tinetti de la Universidad de Yale, en 1986, y evalúa la movilidad del adulto mayor, la escala tiene dos dominios: marcha y equilibrio; su objetivo principal es detectar aquellos ancianos con riesgo de caídas, tiene mayor valor predictivo que el examen muscular. La escala está compuesta por nueve ítems de equilibrio y siete de marcha. Las respuestas se califican como 0, es decir, la persona no logra o mantiene la estabilidad en los cambios de posición o tiene un patrón de marcha inapropiado, de acuerdo con los parámetros descritos en la escala, esto se considera como anormal; la calificación de 1, significa que logra los

cambios de posición o patrones de marcha con compensaciones posturales, esta condición se denomina como adaptativa; por último, la calificación 2, es aquella persona sin dificultades para ejecutar las diferentes tareas de la escala y se considera como normal. El puntaje máximo del equilibrio es 16 y el de la marcha 12, de la suma de ambos se obtiene un puntaje total de 28, con el cual se determina el riesgo de caídas, se considera que entre 19-24, el riesgo de caídas es mínimo, menor de 19, el riesgo de caídas es alto (34)

10.2.4 Síndromes geriátricos

Derivado de estos cambios durante el proceso del envejecimiento podemos encontrar múltiples síndromes geriátricos que son el conjunto de síntomas y signos que pueden ser manifestaciones de una o diversas patologías que frecuentemente se entrelazan, producen por su interrelación una gran cantidad de morbilidad, deterioro de la autonomía y llegan a producir la muerte. ⁷ Así mismo, son diferentes tipos de problemas que toda persona de edad avanzada puede padecer por el mero paso de los años o por el conjunto de enfermedades que sufren y por la cantidad de medicamento que toman. Son un medio clínico para determinar la morbilidad y el pronóstico de calidad de vida. Por lo tanto en el adulto mayor podemos encontrar diferentes síndromes geriátricos como lo son: caídas, depresión, fragilidad, delirium, inmovilidad, trastornos de la marcha, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria y fecal, pérdida de la autonomía, desnutrición, déficit visual y auditivo y polifarmacia. (35)

Debemos desterrar de la mente la idea de que los procesos patológicos en la vejez siguen el modelo clásico de enfermedad; esto sólo ocurre en la mitad de los pacientes geriátricos, es frecuente que en los ancianos diferentes factores de morbilidad actúen de forma sumatoria. Es necesario un rápido reconocimiento y tratamiento de estos cuadros para conseguir la recuperación del paciente y no desarrollar una enorme cascada de efectos adversos que generan mayor morbi-mortalidad en este grupo poblacional, especialmente predispuesto a la iatrogenia. (36)

El anciano es un gran consumidor de recursos sanitarios, pero, por necesidad, es en esta etapa de la vida donde se concentran las patologías y, por lo tanto, la justificación de su asistencia. Datos recogidos en múltiples estudios indican que utilizan al médico de Atención Primaria tres veces más que la media de la población, con un consumo de 1,5-2 veces más medicamentos, y en cuanto a la hospitalización la tasa de ingresos en los mayores de 65 años es el doble que en la población general, triplicándose esta tasa en los mayores de 80 años. (36).

Los síndromes geriátricos comparten múltiples factores de riesgo o enfermedades que los desencadenan, evidenciando su importancia clínica como señales de alarma en los adultos mayores. Incluso un síndrome geriátrico puede ser la causa de que se presente otro síndrome geriátrico, como es el caso de los pacientes con delirium que pueden desarrollar incontinencia urinaria y caídas. (37)

Las caídas, son uno de los cuatro síndromes geriátricos con mayor prevalencia en los adultos mayores, incrementan la morbilidad y la mortalidad, y disminuyen la funcionalidad; aproximadamente el 5% de las caídas lleva a hospitalización y el 40% de las admisiones a instituciones geriátricas son por esta causa. Las caídas son generadas tanto por factores intrínsecos como extrínsecos. La edad es uno de los factores intrínsecos no modificables, 30% de adultos mayores sufre una caída, porcentaje que aumenta hasta 40% en los mayores de 80 años, quienes tienen entre 4 a 5 veces más riesgo para presentarlas. Otro factor, es el género, las mujeres poseen un 67% más de probabilidades para sufrirlas, aunque la tasa de mortalidad esperada ajustada por edad es 49% más alta en hombres, lo que podría ser explicado por la severidad del daño. En esta categoría, también se incluyen las enfermedades crónicas físicas y psicológicas, por ejemplo, se estima que el riesgo relativo de presentar caídas en personas con osteoartritis es de 2.4 (34)

A nivel nacional e internacional se han realizado estudios considerando que una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional. Diferentes investigaciones han demostrado relación entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, tales como los resultados obtenidos

por Zúñiga, en su estudio titulado Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados de Lima, mayo de 2012, quien llegó a la conclusión de que a mayor edad es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas. Por otro lado, a nivel internacional hay autores que coinciden con los resultados obtenidos, tales como Martínez-Mendoza, que en adultos mayores de 70 años, obtuvo 62% de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y 75% de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. Respecto a la relación entre capacidad funcional y sexo del adulto, Torres Marín et al realizaron una investigación titulada: Evaluación funcional del adulto mayor en el Policlínico Turcios Lima, Cuba, 2006, en la cual señalan que los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan, se presentaron de forma más relevante en el sexo masculino. (38)

La marcha es una actividad inconsciente, automática y compleja. En el envejecimiento se caracteriza por ser a pequeños pasos, con aumento de la base de sustentación y disminución de la velocidad en un 20 %, incremento del intervalo de doble apoyo en el suelo en la fase postural, pérdida de la gracia, del balance y de los movimientos adaptativos. Las caídas pueden considerarse un problema geriátrico mayor que pueden llevar a desastrosos efectos personales, limitando sus actividades y causando una importante morbimortalidad. (39)

Las caídas son eventos frecuentes, sin embargo, por ser multifactoriales, es difícil establecer un único factor de riesgo para su ocurrencia. Por lo tanto, el riesgo de caídas ha sido asociado con factores demográficos y cognitivos, ocurrencia de caídas y comorbilidades autoreportadas. (40)

La edad avanzada, un mayor consumo de medicamentos y una mala percepción del estado de salud de los adultos mayores, son factores que predisponen a las caídas, teniendo en cuenta que ser hombre y alfabetizado son factores de protección para estos eventos. Estos resultados fueron consistentes con un estudio llevado a cabo en el área de cobertura de las unidades básicas de salud, en 41 municipios de siete estados brasileños, con una muestra de 4003 sujetos de más de 65 años de edad. Dicho estudio

mostró una mayor prevalencia de caídas asociadas con la edad avanzada, el sedentarismo, el estado de salud autoreportado como pobre y un mayor número de medicamentos de uso continuo. (40)

En E.U. la incidencia anual de caídas en ancianos es casi de 220 por cada 1 000. En Cuba, este riesgo aumenta del 25 % entre los 65-70 años al 35 % después de los 75 años (39)

En el estudio de Vera Sánchez titulado: “Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano”, el riesgo de sufrir caídas según grupos etáreos tuvo un aumento directo y proporcional con la edad, siendo mayor en el grupo de 80 años y más, donde llegó hasta un 66,7 %, tal vez por existir mayor debilitamiento de todos los sistemas que se integran para mantener el equilibrio en el ser humano (39)

10.2.5 Calidad de vida

El tema de la calidad de vida es amplio, tanto en el concepto como en la trascendencia que puede representar, pues durante los últimos años se han tratado de realizar cambios significativos en la salud de la población, cuyo objetivo es mejorar, precisamente, la calidad de vida. De inicio es importante definir lo que es la calidad, lo que puede hacerse para los diferentes niveles. Calidad de vida: conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición de consenso de calidad de vida: “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. La calidad de vida es un concepto que utiliza parámetros subjetivos para constituirse; por tanto, es influenciable y hace necesario considerar aspectos contextuales inherentes a la salud, que lleve a cabo una valoración en el contexto de la salud médica y asistencial, en conjunto con el ámbito económico y político. En ocasiones, el concepto de calidad de vida se confunde con el de nivel de vida y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas. Se mide en términos físicos: vivienda, servicios públicos, área

construida, etc. Se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, infraconsumo, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias. (41)

Rocío Fernández Ballesteros, psicóloga especializada en envejecimiento y vejez, plantea en diferentes investigaciones de calidad de vida la tendencia actual para alcanzar un mayor estado de bienestar a través de todos los planes y programas de servicios sociales dirigidos a personas mayores. Recalca que el concepto de calidad de vida en estas personas mantiene aspectos comunes con otros grupos poblacionales, además de factores importantes que inciden en los ancianos, como el valor de la autonomía. Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida con el estado de salud del individuo y sustenta la multidimensionalidad de esta percepción, incluyendo ciertos factores personales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividad de ocio y satisfacción; factores socioambientales, apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales. La satisfacción de las necesidades de la especie humana condiciona la llamada calidad de vida y ésta, a su vez, es el fundamento concreto del bienestar social (41)

En la década de 1990-99 la OMS reunió un grupo de investigadores de diferentes países para obtener una definición consensuada de calidad de vida y desarrollar un instrumento para medirla que fuera aplicable transculturalmente. El primero de estos fue el WHOQOL-100. Posteriormente, se seleccionó la mejor pregunta de cada una de las facetas, obteniéndose el WHOQOL-BREF, que produce un perfil de calidad de vida de cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente (42)

El WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes. (43)

Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas en casi 40 países. (43)

Después del análisis de unas 2000 preguntas generadas en los Centros iniciales, se desarrolló un primer instrumento de trabajo que contenía 236 preguntas; cubría seis áreas y 29 facetas de calidad de vida. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL. (43)

Existen validadas al español las dos versiones del WHOQOL: el WHOQOL – 100 y el WHOQOL- BREF. El WHOQOL-100 está compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general. Consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales; y de 24 facetas. Cada faceta está representada por 4 preguntas. (43)

El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo. (43)

El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado. (43)

La escala de medición del WHOQOL- BREF es ordinal con puntajes de 69 o menos, 70–99, 100-130, para baja, media y alta respectivamente. Cada uno de los 4 dominios es evaluado por las distintas preguntas que componen el test

La Salud física es evaluada por las preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.

- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?
- ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?
- ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?
- ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?
- ¿Cuán satisfecho está con su sueño?
- ¿Cuán satisfecha está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria
- ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

La salud psicológica es evaluada por las preguntas 5, 6, 7, 11, 19, 26.

- ¿Cuánto disfruta de la vida?
- ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?
- ¿Cuál es su capacidad de concentración?
- ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?
- ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?
- ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Las relaciones sociales: son evaluadas por las preguntas 20, 21, 22.

- ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?
- ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?
- ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

El ambiente es evaluado por las preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

- ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?
- ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?
- ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?
- ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?
- ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?
- ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?
- ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?
- ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Un estudio de Séculi et al en su estudio “Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida” en el 2001 demostró que en la etapa de la ancianidad los factores más predictivos de salud autopercebida fueron la comorbilidad y/o la discapacidad funcional. (44)

Por su parte, Azpiazu-Garrido et al en su investigación “Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años” en el 2002 observaron que una merma en la autonomía para las actividades de la vida diaria era el factor que más fuertemente se asociaba a peores puntuaciones en la autopercepción de la calidad de vida con especial impacto en las dimensiones de movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas. En el mismo sentido, se ha observado que el deterioro de la funcionalidad respecto a las actividades de la vida diaria es uno de los factores más relacionados con la mortalidad en el anciano (44)

En el estudio de García Garrido titulada “Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria”, no se observó una relación significativa entre la edad y la Calidad de vida (44)

En la investigación Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres se plantea que “la percepción del estado de salud o salud subjetiva, es un indicador del estado de salud global y es un importante predictivo de las necesidades asistenciales y líneas de organización de programas” (45)

Según el estudio anterior, en el informe del Instituto de Mayores y Servicios Sociales la autopercepción de la salud está regulada por la cantidad de enfermedades que padezca una persona, características como edad, sexo, estado civil, red social, por su implicación social y bienestar psicológico. Este indicador se considera como una útil herramienta para determinar el estado de salud global de la persona, predecir sus necesidades y organizar programas de intervención. (45)

De este mismo modo, el género es un factor diferenciador de la salud subjetiva y se acentúa en edades más avanzadas, pues a medida que aumentan la edad se incrementan las percepciones negativas de sí mismos. Algunos estudios sociodemográficos señalan que “existen diferencias en la percepción del estado de salud en función del sexo, pues las mujeres lo perciben peor que los hombres”. (45)

En otro estudio de Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores, Enrique Peláez y colaboradores muestran que la autopercepción de salud negativa se relacionó con ser mujer, no tener cobertura de salud, no tener ingresos o ingresos inferiores a 250 USD, necesitar ayuda, tener más de una enfermedad crónica, nivel educativo bajo o medio e insatisfacción con la vida. En el análisis multivariado, se observó que la variable enfermedades crónicas fue la que tuvo mayor efecto en la autopercepción de salud. Otras variables predictoras fueron el apoyo recibido y la satisfacción con la vida. (46)

En su estudio *Gallegos Carrillo* y otros, encuentran una relación negativa entre sexo femenino y la autopercepción de la salud. Los autores indican que una de las características del fenómeno del envejecimiento es su mayor incidencia sobre las mujeres. La razón de esto es la mayor expectativa de vida de las mujeres, a causa de la sobremortalidad masculina. Las mujeres enfrentan una gran paradoja al vivir más que los hombres, pero en la mayoría de los casos deben enfrentar solas, como viudas, y muchas veces teniendo familiares a cargo, una vejez precaria. Esto se debe a los bajos ingresos que reciben, debido a la iniquidad de género en los sistemas previsionales y que por razones de orden biológico, debido a su función reproductiva,

las mujeres enfrentan en la etapa posmenopáusica una situación de salud más delicada que los hombres, aunque con menor riesgo de muerte. Este estudio concluyó que el indicador autopercepción de salud resulta útil para medir el nivel de salud de una población, ya que se relaciona fuertemente con la presencia de enfermedades crónicas. Adicionalmente, la ayuda recibida influye en la salud percibida, relacionado probablemente tanto con las condiciones sociales de vida, como la presencia de dependencia en el adulto mayor. (45)

En un estudio de Acosta en Argentina en el 2012 se muestra que no tener pareja, presentar una autopercepción negativa de salud y memoria, haber sido diagnosticado con depresión en el último año, limitaciones en las ABVD y deficiencia visual y/o auditiva; estuvieron asociados a un mayor riesgo de poseer una menor satisfacción vital. Por otra parte, el encontrarse inactivo, reunirse con amigos a charlar, participar de paseos o viajes turísticos y ayudar a otras personas con ropa y/o alimentos, se asociaron a un menor riesgo de presentar menor satisfacción con la vida. (46)

Di Santo M. (2000) quien señala que se puede poseer y desarrollar una mejor calidad de vida mejorando las capacidades físicas y funcionales al practicar actividad física de manera sistemática en el tiempo, lo que a su vez concuerda con el estudio elaborado por De Juanas, A. Limón, M.R., Navarro, E en el 2013. (47)

“Estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores” que plantean que quienes realizan ejercicio regularmente presentan mayores puntuaciones en la percepción de su calidad de vida, presentando mayor auto aceptación y dominio del entorno de acuerdo al estudio. Por otra parte, el alto porcentaje de percepción de una óptima calidad de vida obtenida en el presente estudio, concuerda con lo planteado por Setién, M en 1993, quien explica que mientras se satisfagan áreas concretas del adulto mayor, como la funcionalidad, la calidad de vida será mejor. (47)

Las variables que, generalmente, son consideradas para determinar que un adulto esté sano tienen que ver con evaluaciones clínicas, antropométricas, de laboratorio y funcionales. Sin embargo, no necesariamente la presencia de enfermedad amerita dependencia y discapacidad y es importante considerar y contrastar la autopercepción

que se tiene, ya que permite caracterizar la capacidad de autoeficacia, afrontamiento y resiliencia del adulto mayor. Lo anterior debido a que, entre los ancianos son más frecuentes, pero no exclusivas, las experiencias como el dolor por la muerte, el descenso del poder adquisitivo visto a partir de la jubilación y el sentimiento de nido vacío, pudiendo ocasionar aislamiento, angustia y dependencia. (48)

El apoyo social que el adulto mayor tiene en esta etapa de la vida es parte importante de los componentes de la calidad de vida percibida; especialmente, cuando los adultos presentan alguna enfermedad de consideración. Gallegos-Carrillo et al. En el 2009 afirmaron que tener una red más amplia de familiares y amigos se asocia con mejor calidad de vida, en cualquier etapa de la vida, volviéndose un determinante sustancial en el envejecimiento; aspectos importantes para el desarrollo de programas que promuevan estilos de vida saludables. (49)

El hecho de presentar una discapacidad o de encontrarse institucionalizado no se debe traducir en una merma de las expectativas de lo que es una vida de calidad para el adulto mayor. Investigaciones realizadas con adultos mayores en población chilena han documentado que el fenómeno del envejecimiento que vive el mundo responde a cambios socioculturales, políticos y económicos, y que las actividades de vida diaria pueden influir en el desarrollo óptimo, los factores no hereditarios que se presentan con la edad, la audición y el sueño, la motricidad, las emociones, la autonomía y la alimentación, determinando un envejecimiento normal y uno saludable. El envejecimiento saludable posee la menor probabilidad de presentar enfermedades o discapacidad. Más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone el envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida. (48)

En un estudio realizado por Bustamante M. et al. en el Guayas se concluyó que: La ocupación y nivel de educación de los adultos mayores (AM) muestra una asociación estadísticamente significativa en la auto-calificación de la calidad de vida. Los AM con menor nivel de educación son más propensos a sentirse menos satisfecho con su vida. Una posible alternativa para mejorar la percepción de satisfacción derivada de la educación, podría ser el incluirlos en programas de capacitación que, si bien es cierto,

no culminarían con la obtención de un título oficial sí contribuirían a mejorar su auto percepción de calidad de vida. (50)

La ocupación incide de manera inversa en la insatisfacción con la calidad de vida de los AM. En consecuencia, aumentaría la satisfacción siempre y cuando los AM se encontraran en una situación laboral de trabajar de manera particular o encontrarse jubilados. Esto generaría un tipo de incentivo emocional y económico que les permitiría tener acceso a un mayor nivel consumo, a una cierta estabilidad económica y laboral y, en el caso de los jubilados, a los beneficios sociales determinados por el Gobierno tales como acceso gratuito a los servicios de salud y ciertos programas de devoluciones y exoneraciones de impuestos. (49)

Existen variables determinantes en la calidad de vida de los AM, tales como: padecer alguna enfermedad, ser el ingreso principal del hogar, ser jubilado, trabajar de manera particular, haber logrado un nivel de educación básica y pertenecer al rango de edad entre 71 y 80 años. (49)

Como se ha mencionado anteriormente, el progreso socioeconómico ha provocado una transición epidemiológica, que en lo demográfico se caracteriza por un aumento en el número de adultos mayores y con ello sus necesidades, demandas sociales y salud. La incidencia de aspectos de la clínica-epidemiológica relacionada al envejecimiento poblacional requiere de una concepción y atención médica integral, que vele por la calidad de vida y salud de dicha población. Dichas características se corresponden con igual grupo poblacional a niveles nacional e internacional. (51)

El proceso de envejecimiento poblacional tiene serias implicaciones en la sociedad, el sistema de salud y a la familia. La prolongación de la vida, el incremento de la morbilidad y la discapacidad, unido a las políticas de equidad y justicia social, elevan las demandas de atención de los ancianos en el hogar y la necesidad de servicios. No obstante, la voluntad política, ciertas condiciones sociales, económicas y organizativas, rebasan la capacidad resolutoria del sistema de salud y de la asistencia social que requieren las personas de edad avanzada, lo que genera desafíos importantes

para mantener la cobertura con calidad, la sostenibilidad del sistema y la satisfacción de los usuarios y sus familias. (52)

El deterioro en la capacidad funcional avanza con la edad; por lo tanto, las personas de 75 años o más reportan más dificultades en realizar sus actividades diarias, aunque proporciones importantes de adultos mayores experimentan las mismas dificultades más temprano, a partir de los 60 años. Existe también una relación con el factor de género, ya que se observa que tres de cada cuatro hombres mayores perciben que tienen un buen estado de salud en cuanto a limitaciones funcionales, mientras solo una de cada dos mujeres cree esto. (22)

10.3 Marco Legal

Desde el año 2007 hasta la presente, el Ecuador ha tenido un desarrollo importante en lo que se refiere a promulgación y revisión de leyes y normas que reconocen los derechos de los adultos mayores; todos estos cambios han sido cobijados por la Constitución Política del Ecuador expedida en el año 2008, y el Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013. En cumplimiento de los compromisos de Brasilia, los principales temas considerados por la legislación nacional son la erradicación de la discriminación en la vejez, y el aumento de coberturas de los sistemas de seguridad social contributivos y no contributivos. (53)

La Constitución de la República del Ecuador expedida en el año 2008, conforma el marco legal, conceptual y ético que trasluce una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y las colectividades. La presente Constitución a diferencia de la de 1998, reconoce a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria; mientras que la de 1998, los colocaba dentro de los grupos vulnerables, concepto que ha sido cuestionado por considerar que podría tener efectos discriminatorios sobre los grupos de personas que son llamadas de esa manera; mientras que el reconocerlos como “grupo de atención prioritaria”, implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas² y la posibilidad de exigencia de sus derechos. (53)

La Constitución de la República del Ecuador vigente, aprobada en 2008, contiene un importante capítulo sobre los derechos de las “personas adultas mayores” (Capítulo Tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria. Art.35); este hecho es de particular importancia toda vez que la Constitución es la norma máxima del país, cuya aplicación es obligatoria tanto en el ámbito público como en el privado. De igual manera se establecen importantes articulados sobre los derechos de las personas adultas mayores a la protección, seguridad social, salud, educación, acceso a la justicia, así como se manifiestan taxativamente las responsabilidades y obligaciones del Estado en el reconocimiento de estos derechos, particular que debemos destacar por tratarse de un logro para la población de adultos mayores. (53)

En la Constitución de la República nos habla de Adultas y adultos mayores, en su Art. 38 numeral 9 en donde establece: “Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección” (54); Sin embargo, se puede ver que a pesar de todas las leyes creadas que buscan velar por el bienestar de los adultos mayores en Ecuador; este proceso fisiológico de senescencia aun es causa de abandono, discriminación y disminución en la calidad de vida de este grupo prioritario.

La Ley del Anciano expedida en el año 1991, tiene como objetivo primordial garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa (53) Esta se constituyó en “una norma de carácter obligatorio y permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, legales y de prestación integral, de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad”. En ella “se garantiza el derecho a un mejor nivel de vida a las personas de la tercera edad, asegurando su salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para que se logre la reinserción a su ambiente familiar y/o para que se mantengan como

protagonistas sociales hasta el final de su dilatada existencia”. Además se especifica el papel que deben jugar en su ejecución las distintas instituciones nacionales creadas en la norma, como son el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, la Procuraduría General del Anciano y la reestructuración orgánico-funcional de la Dirección Nacional de Gerontología, adscritos al Ministerio de Bienestar Social, organismos destinados a impulsar e implementar las distintas acciones enunciadas en la ley. (6)

El Ecuador fue uno de los primeros países de la región en tener una ley específica en favor de los adultos mayores, y es importante destacar que, en sus consideraciones preliminares, la Ley del Anciano reconoce no sólo que las personas mayores se ven enfrentadas a problemas socioeconómicos y de marginalidad específicos, por lo cual deben ser especialmente atendidos, sino que además plantea que el Estado debe garantizar el derecho que les asiste a las personas en esta etapa de sus vida. (6)

En el marco de la Ley del Anciano, el Ministerio de Bienestar Social debe cumplir la función de protección a la población adulta mayor. A través de la Dirección Nacional de Gerontología primero, y de la Dirección de Gestión y Atención Integral Gerontológica en la actualidad, este ministerio tiene la rectoría de las políticas hacia este grupo etario, que es considerado altamente vulnerable de acuerdo con la Constitución Nacional. Esta Dirección es el organismo técnico, administrativo y operativo que le permite constituirse como la dependencia directa de la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos a nivel nacional hacia los adultos mayores. Una de sus principales funciones es la formulación, ejecución, supervisión y evaluación de los planes, programas y proyectos para la tercera edad. (6)

Los tres principales programas de la actual política social del Estado ecuatoriano son el Programa de Protección Social (PPS) y el Programa Aliméntate Ecuador, del Ministerio de Bienestar Social, y el Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS), del Ministerio de Salud. (6)

La ley de Seguridad Social, se reformó en el año 2010; aborda el tema de las prestaciones de vejez, cuyo objeto es cubrir las necesidades básicas del asegurado y las personas a su cargo, cuando su competencia para el trabajo se encuentra disminuida por envejecimiento (53)

El derecho civil regula las relaciones privadas de los ciudadanos entre sí y está constituido por el conjunto de normas jurídicas que rigen los vínculos personales o patrimoniales entre personas privadas, ya sean físicas o jurídicas, tanto de carácter privado como público. Los artículos importantes en este código dictan la obligatoriedad de los hijos a cuidar de los padres en su ancianidad, en estado de demencia y en todas las circunstancias de la vida en que necesitaren sus auxilios. (53)

En cuanto a la salud de los adultos mayores, el estado ha implementado varias normas para ofrecerle una atención integral; entre las cuales tenemos: (53)

“Política Integral de salud para las personas adultas Mayores” 2007

“Programa nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor “2008

“Guías Clínicas Geronto. Geriátricas de Atención Primaria de Salud, para el Adulto Mayor” 2008

“Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores” 2010

“Manual del Cuidador” 2011

“Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores” MIES-2012

“Plan de Acción Interinstitucional para personas adultas mayores, Incluye Envejecimiento Activo y Saludable Ecuador 2011-2013

Además de la Constitución Nacional y de la Ley del Anciano, existen en el país otros cuerpos legales en los que, de una u otra forma, se hace referencia a las personas de la tercera edad, tales como “el Código Civil, el Código Penal, el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley de Elecciones, la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, la Ley del Tránsito, la Ley Orgánica de Régimen Municipal, la Ley Orgánica

de Régimen Provincial, la Ley Orgánica de las Juntas Parroquiales, la Ley de Prevención, Protección y Atención Integral de las Personas que padecen de Diabetes, la Ley de Seguridad Social, el Reglamento Nacional que norma el funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológica, el Reglamento para el otorgamiento de Permisos de Funcionamiento de los Centros de Atención a los Adultos Mayores, el Reglamento que establece la forma de determinación de las subvenciones y su transferencia a entidades de derecho privado que presten servicios a través de Centros Gerontológicos”, así como otros manuales y normas técnicas relativos a la prestación de servicios a la tercera edad. (6)

Considerando que el Reglamento de la Ley del Anciano fue publicado en 1992 —fecha a partir de la cual la ley entró en vigencia—, no se ha tenido conocimiento del diseño de programas específicos hacia los adultos mayores por parte de las instituciones del Estado, con excepción de los proyectos implementados a través de la Dirección Técnica de Atención Integral al Adulto Mayor del Ministerio de Bienestar Social, con objetivos y cobertura limitados en relación con el total de personas mayores y sus necesidades, pues sólo se considera a las que se encuentran en los estratos más pobres. (6)

11. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La autopercepción de la calidad de vida es directamente proporcional con el grado de funcionalidad del adulto mayor, las actividades de esparcimiento, la ocupación, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas asociadas.

12. MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Se realizó una investigación en la que se relacionó la funcionalidad del adulto mayor con su percepción de la calidad de vida en el consultorio 3 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Santiago de Guayaquil en el año 2018; de nivel investigativo relacional (bivariado), de tipo observacional por no existir intervención del investigador; transversal ya que las variables fueron medidas en una sola ocasión; prospectivo debido a que los datos fueron recogidos de una fuente de información primaria (por el propio autor) y analítico por intervenir más de una variable.

12.2 Diseño de la investigación

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio estuvo conformada por personas adultas mayores (mayor o igual a 65 años), pertenecientes al consultorio No. 3 del centro de salud Santiago de Guayaquil, que cumplieron los criterios de participación en el estudio

Criterios de inclusión:

Personas que aceptaron participar en este estudio, firmando el respectivo consentimiento informado

Criterios de exclusión:

Poseer deterioro evidente de sus funciones cognitivas por enfermedades incapacitantes que le impidieran la comprensión del cuestionario.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los pacientes para participar en la investigación.

Los datos se recogieron en el periodo de marzo a agosto del año 2018 mediante la aplicación de tests de funcionalidad y calidad de vida.

Posterior a la firma de aceptación del consentimiento informado, se aplicó cuestionarios de datos de filiación y de funcionalidad para: actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz), actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton-Brody) y equilibrio y marcha (evaluación de Tinetti); así como cuestionarios de calidad de vida: escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.

Debido a que la población de estudio está contemplada en el Análisis de la Situación de Salud del consultorio 3 del año 2018, se acudió a sus viviendas con las direcciones y nombres previamente apartados con el fin de notificar acerca del estudio y obtener su aprobación para el mismo y firma del consentimiento informado. Posterior a esto se los citó de cinco en cinco, 2 días a la semana para realizar la aplicación de los cuestionarios respectivos.

Los cuestionarios fueron previamente impresos con letra clara y legible. Antes de su aplicación se procedió a realizar una explicación clara al adulto mayor acerca de los mismos

Las visitas domiciliarias y citas en el centro de salud se realizaron en días y horarios laborables

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Percepción de la calidad de vida	Psicometría (Escala WHOQOL BREF)
Funcionamiento del adulto mayor	Psicometría: Escala de Katz Escala de Lawton Escala de Tinetti
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Etnia	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Hábitos tóxicos	Encuesta
Vive solo	Encuesta
Actividades de esparcimiento	Encuesta
Enfermedad crónica	Encuesta

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de los tests antes mencionados, para su posterior vaciamiento en una computadora laptop marca ASUS Intel Core i5 en una base de datos de Excel para posteriormente ser procesados en el programa SPSS versión 20 y representados mediante tablas.

Para relacionar las variables de autopercepción de calidad de vida con las de funcionalidad y las biosociodemográficas se utilizó la prueba Kruskal Wallis con un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$)

12.2.5 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Percepción de la calidad de vida (Escala WHOQOL BREF)	Menor de 69 70–99 puntos 100-130 puntos	Baja percepción de calidad de vida Media percepción de calidad de vida Alta percepción de calidad de vida	Categórica Ordinal
Funcionalidad del adulto mayor (Escala de Katz)	0-1 puntos 2-3 puntos 4-6 puntos	Incapacidad leve o ausencia Incapacidad moderada Incapacidad severa	Categórica Ordinal
Funcionalidad del adulto mayor (Escala de Lawton)	0/1-2/3-4/5-7/8 puntos	Dependencia total/Severa/Moderada/Ligera/Total independencia	Categórica Ordinal
Funcionalidad del adulto mayor (Escala de Tinetti)	Menor de 19 puntos 19-24 puntos 25 a 28 puntos	Alto riesgo de caídas Riesgo medio de caídas Sin riesgo de caídas	Categórica Ordinal
Edad	Edad en años	65 a 74 años	Numérica Discreta

		75 a 84 años 85 años y mas	
Sexo	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Categórica Nominal
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltero Casado Unión libre Separado Viudo	Categórica Nominal
Escolaridad	Ultimo nivel escolar terminado	Analfabeto Educación Básica Primaria Ciclo básico Bachillerato Superior	Categórica ordinal
Etnia	Referencia personal	Mestizo Blanco Indígena Montubio Mulato	Categórica Nominal
Ocupación	Trabaja actualmente	Si-No	Categórica Nominal Dicotómica
Hábitos tóxicos	Alcohol Drogas Tabaco	Si-No	Categórica Nominal Dicotómica
Vive solo	Presencia de otra persona en el hogar	Si-No	Categórica Nominal Dicotómica
Actividades de esparcimiento	Bailoterapia Paseos al aire libre Clubs	Si-No	Categórica Nominal Dicotómica
Enfermedad crónica	Hipertensión arterial Diabetes Mellitus 2 Artritis Reumatoidea	Si-No	Categórica Nominal Dicotómica

13. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 1: Caracterización de los adultos mayores según variables sociodemográficas. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

N= 170

Variabes	Numero	%
Grupo de edad		
65 a 74 años	110	64,7
75 a 84 años	20	11,8
85 años y mas	40	23,5
Sexo		
Masculino	49	28,8
Femenino	121	71,2
Estado Civil		
Soltero	19	11,2
Casado	80	47,1
Unión Libre	16	9,4
Separado	6	3,5
Viudo	49	28,8
Escolaridad		
Analfabeto	45	26,5
Educación básica	40	23,5
Primaria	53	31,2
Ciclo básico	10	5,9
Bachillerato	10	5,9
Superior	12	7,1
Etnia		
Mestizo	150	88,2
Blanco	4	2,4
Indígena	0	0,0
Montubio	14	8,2
Mulato	2	1,2
Ocupación		
Si	20	11,8
No	150	88,2

La edad promedio de la población en estudio es de 75 años; la edad mínima fue 65 años y la máxima 97 años. El 64.7 % (n=110) de la población se encontró entre los rangos de edades de 65 a 74 años; el 71.20% (n=121) correspondieron a mujeres y el 88.2% (n=150) se autoidentifican como mestizos.

Mayoritariamente se encuentran casados (n=80 – 47.1%), seguidos de 28.8% (n=49) que son viudos. En cuanto a su educación; el 31.2% (n=53) tienen educación primaria completa, el 23.5% (n=40) primaria incompleta y el 26.5% (n=45) son analfabetos. La población que no trabaja tiene una mayor frecuencia (88.2%) en este grupo de estudio. (Tabla 1).

En el Ecuador según la encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en el año 2010, el índice de feminidad de adultos mayores de 65 a 74 años es de 118.3 mujeres por cada 100 hombres y de 112.3 en adultos mayores de 75 años o más, esto es comparable a resultados internacionales y en este estudio en los que se evidencia un aumento del índice de feminidad en los adultos mayores, probablemente porque las mujeres tienen mayor esperanza de vida. (22).

En Quito por cada 100 adultos mayores hombres hay 121 adultas mayores mujeres de esa misma edad. En los adultos mayores esta relación tiende a ser superior a cien, por diferentes razones, las mujeres viven más tiempo que los hombres. (55)

En España el 57,45% de los ancianos están casados (76,5% de los varones y 43,2% de las mujeres), están viudos el 33,5% (16,1% de los varones y 46,2% de las mujeres) y solteros el 7,9% (6,2% de los varones y 9,2% de las mujeres). Un 88,6% de la población adulta mayor española no tiene estudios o sólo dispone de estudios primarios, con un porcentaje de estudios superiores del 2,9%, como detalla Luis Romero Rizos et al. en el Tratado de Geriatria para residentes en España. (56)

Según la CEPAL en Ecuador se observa que el 53,7% a nivel nacional (poco más de la mitad de la población en estas edades) se declaraba casado o unido seguido por una proporción elevada de personas que se declaran viudas, proporción que va incrementándose a medida que aumenta la edad. (6).

De acuerdo a datos estadísticos de la encuesta EDEMUR y del INEC, la mayoría de adultos mayores presentan una precaria educación, solo el 13% de los hombres y el 11% de mujeres han completado la secundaria, en el país solamente el 54,9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico. (28).

De manera sistemática, el porcentaje de analfabetismo en América Latina aumenta con la edad y en varios países adquiere una proporción significativa entre las personas de 85 años y más. Se registran disparidades según el género: las mujeres tienden a presentar un porcentaje mayor de analfabetismo, lo cual refleja las inequidades en el acceso a la educación que prevalecían en la primera mitad del siglo XX. (21)

El porcentaje de analfabetismo total de los adultos mayores en el Ecuador es de 26,9% para ambos sexos, es por lo menos cinco o seis veces superior al de los más jóvenes. (6)

Según el Censo de Población y Vivienda del 2010 el 72.6% de mujeres y el 71.3% de hombres se autoidentifican como mestizos (57), lo cual es comparable con los resultados de este estudio.

Ocho de cada diez adultos mayores en Quito se autoidentifican como mestizos. (55)

Siete de cada diez adultos mayores de la ciudad de Quito están Inactivos y la mayoría son adultas mayores mujeres (55)

Según los resultados de la Encuesta ENEMDUR, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo. La encuesta SABE revela que 132.365 personas adultas mayores viven solas, y de este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y los abandonan a su suerte. Las ocupaciones que declaran los adultos mayores en su mayoría son tareas manuales con alguna o ninguna calificación (82,9 %). Las categorías de “profesionales y técnicos”, "personal administrativo y directores” y “funcionarios públicos superiores” sólo representan, en conjunto, el 6,7 % de la población ocupada de 65 años y más. (23)

Tabla 2: Caracterización de los adultos mayores según variables biosociales. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

N= 170

Hábitos tóxicos	Numero	%
Si	6	3,5
No	164	96,5
Vive solo		
Si	21	12,4
No	149	87,6
Actividades de esparcimiento		
Si	78	45,9
No	92	54,1
Enfermedad crónica		
Si	154	90,6
No	16	9,4

Mayoritariamente la población de estudio no tiene hábitos tóxicos (n= 164-96.5%), no vive solo (n=149-87.6%), no tienen actividades de esparcimiento (n=92-54.1%) y si padecen de alguna enfermedad crónica (n=154-90.6%). (Tabla 2).

Según la CEPAL, los adultos mayores de Ecuador se encuentran en un 55,7% en hogares extensos; en un 27,6% en hogares nucleares; en un 9,3% en hogares unipersonales, en un 7,3% en hogares compuestos. Esto indica que, en un 90,6% de los casos, las personas mayores no viven solas. (6).

La encuesta SABE I, revela que en el país existe una incipiente y aislada participación de personas adultas mayores mediante organizaciones, asociaciones o gremios. (23).

Las enfermedades crónico-degenerativas son las que ocupan los primeros lugares en los padecimientos de los adultos mayores, tanto entre las enfermedades como entre las causas de muerte, y están claramente asociadas a los procesos de envejecimiento. (6)

Tabla 3: Funcionalidad de los adultos mayores según grupos de edad. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

N= 170

Funcionalidad		Grupo de edad							
		65 a 74 años		75 a 84 años		85 años y más		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Incapacidad de Katz	Incapacidad leve o ausencia	93	84,5	20	100,0	24	60,0	137	80,6
	Incapacidad Moderada	2	1,8	0	0,0	4	10,0	6	3,5
	Incapacidad severa	15	13,6	0	0,0	12	30,0	27	15,9
Dependencia de Lawton	Dependencia total	8	7,3	3	15,0	9	22,5	20	11,8
	Dependencia severa	12	10,9	3	15,0	17	42,5	32	18,8
	Dependencia moderada	7	6,4	2	10,0	6	15,0	15	8,8
	Dependencia ligera	30	27,3	6	30,0	6	15,0	42	24,7
	Independencia total	53	48,2	6	30,0	2	5,0	61	35,9
Riesgo de caídas Tinetti	Alto riesgo de caídas	32	29,1	12	60,0	26	65,0	70	41,2
	Medio riesgo de caídas	34	30,9	2	10,0	8	20,0	44	25,9
	Bajo riesgo de caídas	44	40,0	6	30,0	6	15,0	56	32,9

La mayoría de los AM presentan incapacidad leve o ausencia de ella 80.6 % (n=137) según la escala de Katz. En todos los grupos de edad, la incapacidad leve es predominante. En los mayores de 85 años, a pesar de seguir predominando la incapacidad leve, ya se aprecian porcentajes altos en incapacidad moderada y severa (Tabla 3).

La mayoría de los adultos mayores tienen independencia total 35.9% (n=61) seguido de ligera independencia 24.7% (n=42) según la escala de Lawton. Las personas mayores de 85 años ya presentan mayores porcentajes de dependencia severa o total; es decir que la dependencia aumenta con la edad (Tabla 3).

La mayoría de los AM tienen alto riesgo de caídas 41.2% (n=70)

Se puede observar como el riesgo de caídas alto se incrementa con la edad desde un 29.1% (n=32) en las personas de 65 a 74 años, a 60% (n=12) en los AM de 75 a 84 años, terminando en 65% (n=26) en los AM de más de 85 años (Tabla 3).

Diferentes investigaciones han demostrado relación entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, tales como los resultados obtenidos por Zúñiga, en su estudio titulado Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la casa en Lima en el año 2012, quien llegó a la conclusión de que a mayor edad es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas. (38).

En el estudio de Vera Sanchez (Cuba, 2009) titulado: “Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano”, el riesgo de sufrir caídas según grupos etáreos tuvo un aumento directo y proporcional con la edad, siendo mayor en el grupo de 80 años y más, donde llegó hasta un 66,7 %, tal vez por existir mayor debilitamiento de todos los sistemas que se integran para mantener el equilibrio en el ser humano. (39).

Tabla 4: Autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores según grupos de edad. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

N= 170

Autopercepción calidad de vida		Grupo de edad							
		65 a 74 años		75 a 84 años		85 años y más		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	16	14,5	3	15,0	10	25,0	29	17,1	
Media	66	60,0	9	45,0	24	60,0	99	58,2	
Alta	28	25,5	8	40,0	6	15,0	42	24,7	

El 58.2 % (n=99) de los AM tienen una autopercepción de la calidad de vida media (Tabla 4).

Los AM menores de 85 años tienen mayormente media autopercepción, seguida de alta autopercepción, mientras que en los mayores de 85 años la autopercepción de calidad de vida es media (60%-n=24) y baja (25%-n=10). (Tabla 4).

En el estudio de García Garrido titulada “Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria” en el 2014, no se observó una relación significativa entre la edad y la Calidad de vida. (44).

Tabla 5: Asociación entre autopercepción de la calidad de vida y funcionalidad en los adultos mayores. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

Incapacidad de Katz	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Media	%	Alta	%		
Incapacidad leve o ausencia	10	34.5	89	89.9	38	90.5	137	80.6
Incapacidad Moderada	0	0	6	6.1	0	0	6	3.6
Incapacidad severa	19	65.5	4	4.0	4	9.5	27	15.8
Total	29	100	99	100	42	100	170	100
p=0.01								
Dependencia de Lawton	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Media	%	Alta	%		
Dependencia total	16	55.2	4	4.1	0	0	20	11.8
Dependencia severa	9	31.0	21	21.2	2	4.8	32	18.8
Dependencia moderada	0	0	13	13.1	2	4.8	15	8.8
Dependencia ligera	2	6.9	30	30.3	10	23.8	42	24.7
Independencia total	2	6.9	31	31.3	28	66.6	61	35.9
Total	29	100	99	100	42	100	170	100
p=0.01								
Riesgo de caídas Tinetti	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Media	%	Alta	%		
Alto riesgo de caídas	25	86.2	39	39.4	6	14.3	70	41.2
Medio riesgo de caídas	0	0	30	30.3	14	33.3	44	25.9
bajo riesgo de caídas	4	13.8	30	30.3	22	52.4	56	32.9
Total	29	100	99	100	42	100	170	100
p=0.01								

Se puede observar en la tabla 5, al asociar las escalas de funcionalidad con la de autopercepción de la calidad de vida; que todas presentan una fuerte asociación con la autopercepción de la calidad de vida (p=0,01).

Luarte Rocha et al (Chile) en el 2016, el de Di Santo M. (España) en el 2000 y el estudio elaborado por De Juanas y colaboradores (España) en el 2013, al igual que el de Setién, M (España) en 1993 donde se muestra que mientras se satisfagan áreas concretas del adulto mayor, como la funcionalidad, la calidad de vida será mejor. (48).

Séculi et al (España) en su estudio “Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida” en el 2001 demostró que en la etapa de la ancianidad los factores más predictivos de salud autopercebida fueron la comorbilidad y/o la discapacidad funcional. (44).

Por su parte, Azpiazu-Garrido et al (España), en su estudio “Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años” en el año 2002 observaron que una merma en la autonomía para las actividades de la vida diaria era el factor que más fuertemente se asociaba a peores puntuaciones en la autopercepción de la calidad de vida con especial impacto en las dimensiones de movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas. (44).

Tabla 6: Asociación entre autopercepción de la calidad de vida con escolaridad y ocupación. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

Escolaridad	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Media	%	Alta	%		
Analfabeto	18	21,2	21	21,2	6	14,3	45	26,5
Educación básica	0	0,0	38	38,4	2	4,8	40	23,5
Primaria	9	31,0	22	22,2	22	52,4	53	31,2
Ciclo básico	0	0,0	8	8,1	2	4,8	10	5,9
Bachillerato	2	6,9	6	6,1	2	4,8	10	5,9
Superior	0	0,0	4	4,0	8	19,0	12	7,1
Total	29	100	99	100,0	42	100,0	170	100,0
p=0.01								
Ocupación	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Media	%	Alta	%		
Si	0	0,0	10	10,1	10	23,8	20	11,8
No	29	100,0	89	89,9	32	76,2	150	88,2
Total	29	100,0	99	100,0	42	100,0	170	100,0
p=0.01								

La tabla 6 muestra que existe una fuerte relación entre la autopercepción en la calidad de vida con el grado de escolaridad y la ocupación. (p=0.01).

Bustamante M. et al en su estudio “Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador (2017)” concluye que: La ocupación y nivel de educación de los adultos mayores (AM) muestra una asociación estadísticamente significativa en la auto-calificación de la calidad de vida

En otro estudio de Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores, Enrique Peláez y colaboradores (Cuba, 2015) muestran que la autopercepción de salud negativa se relacionó con el nivel educativo bajo o medio.

Tabla 7: Asociación entre autopercepción de la calidad de vida con la presencia de hábitos tóxicos y vive solo. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

Hábitos Tóxicos	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Medi a	%	Alt a	%		
Si	0	0,0	4	4,0	2	4,8	6	3,5
No	29	100, 0	95	96,0	40	95,2	164	96,5
Total	29	100, 0	99	100, 0	42	100, 0	170	100, 0
P=0.321								
Vive solo	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Medi a	%	Alt a	%		
Si	3	10,3	14	14,1	4	9,5	21	12,4
No	26	89,7	85	85,9	38	90,5	149	87,6
Total	29	100, 0	99	100, 0	42	100, 0	170	100, 0
P=0.827								

No se muestra una asociación estadísticamente significativa entre hábitos tóxicos y el vivir solo con autopercepción en la calidad de vida

En el estudio de Guerrero et al en Colombia en el 2015 sobre factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud, se encontró que el vivir solo es un factor de vulnerabilidad para la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor. (58)

Tabla 8: Asociación entre autopercepción de la calidad de vida con actividades de esparcimiento y presencia de enfermedades crónicas. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

Actividades de esparcimiento	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Media	%	Alta	%		
Si	0	0,0	46	46,5	32	76,2	78	45,9
No	29	100,0	53	53,5	10	23,8	92	54,1
Total	29	100,0	99	100,0	42	100,0	170	100,0
P=0.01								
Enfermedad crónica	Autopercepción calidad de vida						Total	%
	Baja	%	Media	%	Alta	%		
Si	26	89,7	90	90,9	38	90,5	154	90,6
No	3	10,3	9	9,1	4	9,5	16	9,4
Total	29	100,0	99	100,0	42	100,0	170	100,0
P=0.928								

No se muestra una asociación estadísticamente significativa entre presencia de enfermedades crónicas con autopercepción en la calidad de vida, sin embargo el practicar actividades de esparcimiento si presento una asociación significativa

Bustamante M. et al en su estudio “Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador (2017)” expone que el padecer de una o más enfermedades incrementa la probabilidad de sentirse altamente insatisfecho con la vida en respecto de quienes no reportaron padecer dichas enfermedades; al igual que Sempértegui et al, referido en el mismo estudio que reporta que existe evidencia que el padecimiento que perjudique la salud afecta de manera significativa el bienestar de los adultos mayores. (50).

En su estudio Gallegos Carrillo y otros en el 2009, concluyo que el indicador autopercepción de salud resulta útil para medir el nivel de salud de una población, ya

que se relaciona fuertemente con la presencia de enfermedades crónicas, además que tener una red más amplia de familiares y amigos se asocia con mejor calidad de vida, en cualquier etapa de la vida. (45).

Rubio y colaboradores en su investigación Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres realizada en España y Colombia en el 2008, se plantea que la autopercepción de la salud está regulada por la cantidad de enfermedades que padezca una persona, características como edad, sexo, estado civil, red social, por su implicación social y bienestar psicológico. (45).

Acosta en Argentina en el 2012 se muestra que no tener pareja, presentar una autopercepción negativa de salud y memoria, haber sido diagnosticado con depresión en el último año, limitaciones en las ABVD y deficiencia visual y/o auditiva; estuvieron asociados a un mayor riesgo de poseer una menor satisfacción vital. Por otra parte, el encontrarse activo, reunirse con amigos a charlar, participar de paseos o viajes turísticos y ayudar a otras personas con ropa y/o alimentos, se asociaron a un menor riesgo de presentar insatisfacción. (47).

En otro estudio de Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores, Enrique Peláez y colaboradores (Cuba, 2015) se observó que la variable enfermedades crónicas fue la que tuvo mayor efecto en la autopercepción de salud. (46).

14. CONCLUSIONES

Luego de expuestos los resultados, se puede concluir que:

La población en estudio es una población mayoritariamente comprendida por mujeres, entre los 65 y 74 años, mestizos, casados con educación primaria y pasivos laboralmente.

En su mayoría viven acompañados, no tienen hábitos tóxicos, no practican actividades de esparcimiento y casi todos presentan al menos una enfermedad crónica.

Gran parte de la población es independiente y la mayoría no presenta incapacidad, pero si presentan riesgo alto de caídas y mayoritariamente tienen una autopercepción de la calidad de vida, media.

Existe asociación estadísticamente significativa entre la autopercepción en la calidad de vida con las escalas de funcionalidad y con el grado de escolaridad, la presencia de trabajo y tener actividades de esparcimiento; sin embargo no hubo asociación con presentar alguna enfermedad crónica, vivir solo o tener hábitos tóxicos.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Padilla L. M. et al. Psychological quality of life and physical health in elderly individuals. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2014 [citado 2017 Abr 16]; 13(2): 337-349. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200017&lng=es.
2. Creagh Bandera et al. Autopercepción y percepción familiar de la calidad de vida del adulto mayor. ER12, la Victoria, 2015-2016. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Dirección de Posgrado. [Internet]. 2016. [citado 2017 Abr 16]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/24206>
3. Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p. [Internet]. 2015. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/2724/LIB_2015_MCE_completo.pdf?sequence=5&isAllowed=y
4. Bayarre Veá Héctor Demetrio. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2017 Jun [citado 2017 Nov 23] ; 43(2): 313-316. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200014&lng=es.
5. Guzmán J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. CELADE. [Internet]. 2002. [citado 2017 Abr 16]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7166/1/S025388_es.pdf
6. Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador. CEPAL. 2007 https://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/1/30081/Doc_Ecuador.pdf
7. Envejecimiento activo, participación social y calidad de vida. Estudio comparativo entre Chile, España y México. Sagrario Garay et al. VII Congreso de ALAP, Brasil. 2016. [Internet]. 2015. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2517/2461>
8. Envejecimiento poblacional y magnitud de la dependencia en Argentina y México: perspectiva comparada con España Population Aging and Magnitude of Dependency in Argentina and México: Comparative perspective with Spain Malena Monteverde et al. *Revista Latinoamericana de Población*. Año 10 Número 18 Primer semestre Enero a junio de 2016 <http://revistarelap.org/ojs/index.php/relap/article/view/142/135>

9. Sanchez Diego. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Rev. geogr. Norte Gd.* [online]. 2015, n.60 [citado 2017-11-23], pp.97-114. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022015000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-3402. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>.
10. INEC. VII Censo Poblacional y VI de vivienda. [Internet]. 2010. [citado 2017 Abr 16]. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
11. Sevilla Caro et al. Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. *RIDE Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo.* [Internet]. 2016 [citado 2017 Abr 16]. 6 (11). Disponible en: <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/138>
12. Lopez Guerrero. Salud familiar y funcionalidad del adulto mayor del sector EU 23. Universidad técnica de Ambato. Latacunga. 2016". [Internet]. 2015. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24107/1/L%C3%B3pez%20Guerrero%20Ana%20Abigail.pdf>
13. Fajardo Ramos et al. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Comunidad y Salud* [en línea] 2016, 14 (Julio-Diciembre) : [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375749517005>> ISSN 1690-3293
14. Normas y protocolos de atención integral de las y los adultos mayores Dr. Pablo Álvarez Yáñez et al. 2010. [Internet]. 2015. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf
15. Álvarez Yáñez et al. Guías clínicas geronto - geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor 2008. [Internet]. 2015. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
16. Neto Mullo et al. Salud Familiar y Funcionalidad del Adulto Mayor del sector EU 23. Repositorio Digital. Universidad Técnica de Ambato. Latacunga. [Internet]. 2016. [citado 2017 Abr 16]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24108>
17. Soberanes Fernández et al. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* [Internet]. 2009 [citado 2017 Abr 16]. 14(4):161-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>
18. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud. Organización Mundial de la Salud. Méd. [Internet]. 2015 [citado 2017 Abr 16]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

19. Martínez Brito et al. Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. [Internet]. 2016. [citado 2017 Abr 16]. 22(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2016/cmh161d.pdf>
20. Índice Global de envejecimiento. Age Watch 2015. Resumen ejecutivo. <http://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>
21. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. CEPAL. Demografía del envejecimiento <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/vejez/cap1.pdf>
22. Wilma B. Freire. Encuesta se salud, bienestar y envejecimiento (SABE). Ecuador, 2009-2010 <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
23. Ministerio de inclusión económica y social subsecretaría de atención intergeneracional dirección de población adulta mayor. Ciudadanía activa y envejecimiento positivo. Ecuador. 2013 <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%ABlica.pdf>
24. Funcionalidad y autopercepción de la salud en adultos mayores con fracturas *Psicología y Salud*, Vol. 25, Núm. 2: 191-200, julio-diciembre de 2015.
25. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):199-201. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2196. [citado 2017 Nov 27]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>
26. BUSTAMANTE, Miguel A; LAPO, María del C; TORRES, José D y CAMINO, Segundo M. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Inf. tecnol.* [online]. 2017, vol.28, n.5 [citado 2017-11-20], pp.165-176. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642017000500017&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-0764. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642017000500017>.
27. Bárbara Isabel Scholz, et al. Informe Nacional del Ecuador para la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre Vivienda y Desarrollo Urbano Sostenible HABITAT III. Quito. 2015. [Internet]. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: http://www.habitatyvivienda.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Informe-Pais-Ecuador-Enero-2016_vf.pdf

28. Ruano Gordon Mayra. El incumplimiento e inobservancia del Derecho al Trabajo para las personas adultas mayores en la Legislación Ecuatoriana. Universidad central del Ecuador facultad de jurisprudencia, ciencias políticas y sociales carrera de derecho. Quito, 2017. [Internet]. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11122/1/T-UCE-0013-Ab-104.pdf>

29. Hernández Zamora. Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Psicología y Salud*, Vol. 16, Núm. 1: 103-110, enero-junio de 2006. [Internet]. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: <file:///C:/Users/Karlix/Downloads/798-3627-1-PB.pdf>

30. Zapata Farías, Hernán, Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología [en línea]* 2001, X [Fecha de consulta: 28 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://awww.redalyc.org/articulo.oa?id=26410114> ISSN 0716-8039

31. Rodriguez Rodriguez et al. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor Centro de Investigaciones sobre Longevidad Envejecimiento y Salud (CITED) y Hospital Docente Clínico Quirúrgico “10 de Octubre”. *Artículos de revisión. Vol. 9, No. 1, Enero-abril 2014 Panorama Cuba y Salud 2014;9(1):35-41.* [Internet]. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2014/pcs141f.pdf>

32. Nieves Ruiz et al. Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. *Mexico, .2016. Nure Inv. 13(84).* [Internet]. [citado 2017 Nov 25]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/888/719/>.

33. Luengo Marquez, et al. Tratado de Geriatria para residentes. JUSTIFICACIÓN, CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS. Capitulo 13

34. Montaña Alvarez. Fragilidad y otros síndromes geriátricos. Mexico, 2010. El Residente. Vol. V Número 2-2010: 66-78. Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102d.pdf>

35. Dr. Dysmart Hernández Barrios. Medicina de Rehabilitación BIOMECÁNICA. Escal de evaluación funcional de Katz: <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion-bio/temas.php?idv=21897>

36. Módulos de valoración clínica. Modulo 3. Evaluación funcional del adulto mayor. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
37. Camila Rodríguez Guevara¹ , Luz Helena Lugo. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. 2012. Rev. Colomb. Reumatol. vol. 19 <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v19n4/v19n4a04.pdf>
38. Tatiana Delgado Cerrot. CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTO GERIÁTRICO “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO”, LIMA-2014. Rev. Peru. Obstet. Enferm. 10 (1) 2014
39. Mayté Vera Sánchez et al. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(5) http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi07503.htm
40. Adriana de Azevedo Smith et al. Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2754 DOI: 10.1590/1518-8345.0671.2754 http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf
41. Belém Peña Pérez et al. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009;14(2):53-61 <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>
42. Iria Espinoza et al. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile 2011; 139: 579-586 <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
43. Badía Xavier, Salamero Manel, Alonso Jordi. “La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español” Ed. Edimac. 2º Edición. Barcelona; 1999 WHOQOL Group (1993) Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) Qual Life Res, 2: 153-159.
44. García Garrido. Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria. Universidad de Cantabria facultad de medicina departamento de medicina y psiquiatría. 2014 <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5020/Tesis%20ABGG.pdf?sequence=1>

45. Cerquera Córdoba, Ara Mercedes, Flórez Jaimes, Ludy Omaira, Linares Restrepo, María Margarita, Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* [en línea] 2010, (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 28 de noviembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587018>> ISSN 0124-5821
46. Peláez Enrique, Débora Acosta Laura, Delia Carrizo Elvira. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Nov 28] ; 41(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400007&lng=es.
47. Acosta Laura. Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores. Un análisis a partir de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM). Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad. Argentina, 2012. [Internet]. [citado 2017 Nov 27].Disponible en:[file:///C:/Users/Karlix/Downloads/2653-7693-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Karlix/Downloads/2653-7693-1-PB%20(1).pdf)
48. Luarte Rocha et al. Parámetros físicos, cognición y su relación con la calidad de vida en adultos mayores de Talcahuano, Concepción, Valdivia y Osorno. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*. N° 17(2), 9-17, 2016. [Internet]. [citado 2017 Nov 28].Disponible en: <https://revistacaf.com/ojs/index.php/RCAF/article/view/42/39>
49. Garza Sánchez et al. Comparativo de la calidad de vida subjetiva en los Centros de Atención Integral de dos países de habla hispana: perspectiva desde el envejecimiento. Universidad Autónoma de Coahuila. Vol. 31, Núm. 123. Mexico, 2017. [Internet]. [citado 2017 Nov 28].Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/28543/31004>
50. Bustamante, Miguel A et al. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Inf. tecnol., La Serena* , v. 28, n. 5, p. 165-176, 2017 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642017000500017&lng=es&nrm=iso>. accedido en 28 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642017000500017>.
51. González Rodríguez R, Cardentey García J, Otaño Arteaga A, Pérez González R. Aspectos epidemiológicos relacionados al envejecimiento poblacional en un área de salud. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en Internet]. 2015 [citado 2017 Nov 28];40(12). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/356>
52. Louro Bernal Isabel, Bayarre Veá Héctor, Alvarez Lauzarique María Esther. Familial and health implications of the population aging for the universal

- health coverage. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2017 Nov 28] ; 41(Suppl 1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500009&lng=es.
53. Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores Ministerio de inclusión económica y social dirección de atención integral gerontológica. Ecuador, 2012. [Internet]. [citado 2017 Nov 27]. Disponible en: <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Ecuador.pdf>
54. Constitución de la República del Ecuador. 2015. [Internet]. [citado 2017 Nov 27]. Disponible en: <http://docplayer.es/17959610-Constitucion-de-la-republica-del-ecuador.html>
55. La población adulto mayor en la ciudad de Quito. Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. INEC. 2008 http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Aliment_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
56. Luis Romero Rizos et al. Tratado de Geriatria para residentes. EL PACIENTE ANCIANO: DEMOGRAFÍA, EPIDEMIOLOGÍA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS. Capítulo 2
57. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. Serie informacion estratégica. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2010 http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
58. Guerreno N. y Yopez M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev. Univ. Salud 2015; 17 (1):121-131.
-

16. ANEXOS

Anexo 1: Encuesta biosociodemográfica

Señale con una X la respuesta que desee

Nombre	
Edad	
Sexo	Masculino Femenino
Estado civil	Soltero Casado Unido Separado Viudo
Escolaridad	Analfabeto Educación Básica Primaria Ciclo básico Bachillerato Superior
Etnia	Mestizo Blanco Indígena Montubio Mulato
Ocupación	Si No
Vive solo	Si No
Hábitos tóxicos	Alcohol Drogas Tabaco
Actividades de esparcimiento	Bailoterapia Paseos al aire libre Clubs Otros:
Enfermedad crónica	Hipertensión arterial Diabetes Mellitus 2 Artritis Reumatoidea

Anexo 2: Escala de Katz

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

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 6 ítems dicotómicos. El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C, D, E o F.**

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. *Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.*

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -INDICE 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 3: Escala de Lawton Brody

Escala de actividad instrumental de la vida diaria	Puntos
Capacidad para usar el teléfono :	
. Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
. Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
. Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
. No utiliza el teléfono	0
Hacer compras :	
. Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
. Realiza independientemente pequeñas compras	0
. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
. Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida :	
. Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
. Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa :	
. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) ..	1
. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
. Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
. No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa :	
. Lava por si solo toda su ropa	1
. Lava por si solo pequeñas prendas	1
. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte :	
. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
. Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
. No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación :	
. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
. No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos :	
. Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
. Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria.

Máxima dependencia: 0 puntos..... 8 puntos : Independencia total.

Anexo 4: Escala de Tinetti

Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio

Indicada: Detectar precozmente el Riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

Administración: Realizar una aproximación realizando la pregunta al paciente ¿Teme usted caerse?. Se ha visto que el Valor Predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Tiempo de cumplimentación 8-10 min. Caminando el evaluador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12 , para la del equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación>>>menor riesgo

<19 Alto riesgo de caídas

19-24 Riesgo de caídas

Propiedades psicométricas: no esta validada en Español y en nuestro contexto.

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

EQUILIBRIO SENTADO	
Se inclina o desliza en la silla.....	0
Firme y seguro.....	1
LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1
Capaz sin utilizar los brazos.....	2
INTENTOS DE LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1
Capaz de levantarse con un intento.....	2
EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)...	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	1
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION	
Inestable.....	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	2
EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	

Tiende a caerse.....	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.....	1
Firme.....	2
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
Inestable.....	0
Estable.....	1
GIRO DE 360°	
Pasos discontinuos.....	0
Pasos continuos.....	1
Inestable (se agarra o tambalea).....	0
Estable.....	1
SENTARSE	
Inseguro.....	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	1
Seguro, movimiento suave.....	2

TOTAL EQUILIBRIO / 16

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con "paso rápido, pero seguro" (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)

COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0
No vacilante.....	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.....	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie derecho se levanta completamente.....	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie izquierdo se levanta completamente.....	1
SIMETRIA DEL PASO	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	0
Los pasos son iguales en longitud.....	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	

Para o hay discontinuidad entre pasos.....	0
Los pasos son continuos.....	1
TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. De distancia)	
Marcada desviación.....	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.....	1
Derecho sin utilizar ayudas.....	2
TRONCO	
Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.....	1
No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	2
POSTURA EN LA MARCHA	
Talones separados.....	0
Talones casi se tocan mientras camina.....	1

TOTAL MARCHA / 12
TOTAL GENERAL / 28

Anexo 5: Escala de WHOQOL BREF

La encuesta de percepción de calidad de vida (WHOQOL BREF), diseñada por la Organización Mundial de la Salud, aplicada en muchos estudios en varios países, se compone de 26 preguntas, 4 dominios, cuya escala de medición es ordinal con puntajes de 69 o menos, 70–99, 100-130, para baja, media y alta respectivamente.

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

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

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

¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

¿Cuán satisfecho está con su sueño?

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

¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

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

¿Cuánto disfruta de la vida?

¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

¿Cuál es su capacidad de concentración?

¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

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

Relaciones sociales: preguntas 20, 21, 22.

¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

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

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

¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

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

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

¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?
 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?
 ¿Cuán satisfecho está con su transporte?
 Escala WHOQOL BREF .

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

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

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

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

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

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

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

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

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

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

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

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

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

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

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

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

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

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

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

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

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

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

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

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

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

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

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

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

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

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

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

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

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

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

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

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

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

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

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

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

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

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

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

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

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

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

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

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

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

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

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

Anexo 6: Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Dra. Karla Cecilia Morocho Rosero, de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. La meta de este estudio es asociar el funcionamiento del adulto mayor con la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores del consultorio No. 3 y 5 de la Población Santiago de Guayaquil en el periodo 2017-2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta, así como completar 4 escalas para valorar el funcionamiento y la autopercepción de su calidad de vida. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Karla Cecilia Morocho Rosero. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es asociar el funcionamiento del adulto mayor con la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores del consultorio No. 3 y 5 de la Población Santiago de Guayaquil en el periodo 2017-2018.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, al igual que completar 4 escalas para valorar el funcionamiento y la autopercepción de su calidad de vida, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Dra. Karla Morocho Rosero al teléfono 0981600248.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Dra. Karla Morocho Rosero al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letra imprenta)

Firma del Participante

Fecha



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Morocho Rosero Karla Cecilia con C.C: # 0924801871 autor/a del trabajo de titulación: Funcionalidad y autopercepción de calidad de vida en adultos mayores. Consultorio no. 3. Comunidad Santiago de Guayaquil. Año 2018, previo a la obtención del título de especialista en medicina familiar y comunitaria, en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

f. _____

Nombre: Morocho Rosero Karla Cecilia

C.C: 0924801871



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Funcionalidad y autopercepción de calidad de vida en adultos mayores. Consultorio no. 3. Comunidad Santiago de Guayaquil. Año 2018		
AUTOR(ES)	Morocho Rosero Karla Cecilia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Niurka Ginorio Suarez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de graduados en ciencias de la salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	78
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria, Ciencias de la salud.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adulto mayor, calidad de vida, escalas de ajuste de katz, dependencia física, marcha, equilibrio postural, autonomía, incapacidad funcional		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: El fenómeno mundial de la transición demográfica ha incrementado el número de personas de la tercera edad. La disminución de las capacidades funcionales con la edad eleva el riesgo de pérdida de autonomía; por ello hablar de supervivencia y aumento en la expectativa de vida no es suficiente, es indispensable valorar la calidad con que se vivirán esos años. Materiales y Métodos: Investigación relacional, observacional, transversal, prospectiva y analítica cuyo procesamiento fue recolectar información mediante una encuesta biosociodemográfica y la aplicación de 4 escalas correspondientes a funcionalidad y autopercepción de calidad de vida. Resultados: La población mayoritariamente es comprendida por mujeres, entre los 65 y 74 años, mestizos, casados con educación primaria y pasivos laboralmente; no tienen hábitos tóxicos, no viven solos, no practican actividades de esparcimiento y presentan alguna enfermedad crónica. El 80,6% presenta alguna incapacidad leve o ausencia de ella, el 35,9% son independientes y el 41,2% presenta riesgo alto a tener caídas. El 58,2% de la población tiene una autopercepción de la calidad de vida media. Se muestra una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre autopercepción de la calidad de vida y las diferentes escalas de funcionalidad evaluadas, además de con el grado de escolaridad, ocupación y tener actividades de esparcimiento.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0981600248 - 3864709	E-mail: K_chorra_2099@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Landivar Varas Xavier		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext: 1830 - 1811		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			